

FACULTE de MEDECINE de CAEN

Année 1974

N° 174

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Melle Françoise ALLIX

Née le 25 mai 1948 à CANISY (Manche).

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA LISTERIOSE NEO-NATALE
A PROPOS DE 15 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le 18 NOV. 1974 1974

PRESIDENT. Mr. le Docteur VENEZIA, Professeur.

FACULTE de MEDECINE de CAEN

Année 1974

N° _____

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Melle Françoise ALLIX

Née le 25 mai 1948 à CANISY (Manche).

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA LISTERIOSE NEO-NATALE
A PROPOS DE 15 CAS**

Présentée et soutenue publiquement le _____ 1974

PRESIDENT, Mr. le Docteur VENEZIA, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE CAEN

THÈSE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme de Docteur)

Par



Monsieur le Docteur J. L. J.

(Né le 15 Mars 1888 à Paris)

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE
DE LA LÉSION VESICALE
A PROPOS DE 12 CAS

Présentée et soutenue publiquement le 15 Mars 1914

Président : M. le Docteur V. ENXIA, Professeur



Reproduction du sceau original de la Faculté de Médecine de CAEN fondée en 1438



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550824_0018

FACULTE DE MEDECINE

PROFESSEURS

MM. EVRARD	Clinique chirurgicale A
FABRE	Physiologie
FERNANDEZ	Physique médicale
FOUCAULT	Pathologie expérimentale
GUIHARD	Pédiatrie
LACROIX	Clinique et pathologie chirurgicales B
LEMENAGER	Clinique médicale A
LEVY	Clinique obstétricale
LHIRONDEL	Clinique médicale infantile
MORIN	Séméiologie médicale
OLIVIER	Clinique médicale B
PHELINE	Anatomie
POULAIN	Médecine opératoire
ROUSSELOT	Anatomie pathologique
SAVINI	Pharmacologie
VALLA	Médecine générale et thérapeutique
VILLEY	Clinique médicale C

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. DROSDOWSKY	Biochimie médicale
IZARD	Histologie et Embryologie
MOREL Claude	Bactériologie, Virologie
POILPRE	Psychiatrie
THERET	Histologie et Embryologie
VENEZIA	Pédiatrie-génétique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM. ADAM	Neuro-chirurgie
BAZIN	Thérapeutique, réanimation médicale
BEUVE-MERY	Médecine interne
BEZARD	Chirurgie générale
DAVERNE	Electro-radiologie
Mle DENIZET	Radiologie
DESCHAMPS	Dermatologie
GAUBERTI	Médecine préventive et santé publique, Hygiène
GIGNOUX	Chirurgie générale
LECHEVALLIER	Neurologie
LEYMARIE	Biochimie médicale
LOYAU	Rhumatologie
MANDARD	Anatomie pathologique
MOREL Pierre	Psychiatrie d'adultes
MOULIN	Pharmacologie
MULLER	Gynécologie, obstétrique
QUESNEL	Anesthésiologie
THOMAS	Immunologie, Hématologie

ABBATUCCI

Radiologie (Maître de conférences associé).

A la mémoire de ma Mère

A mon Père,

qu'il trouve ici l'expression de toute mon affection et de
ma reconnaissance.

A mes Parents

A mes Amis

A Monsieur le Professeur VENEZIA,

qui m'a fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé BAZIN

A Monsieur le Professeur MOREL

A Monsieur le Professeur Agrégé MULLER

qui ont bien voulu constituer le Jury de cette Thèse.

A Monsieur le Docteur GAVEZZOTTI, Chef du Service de Pédiatrie de l'Hôpital d'Avranches,

Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude pour l'enseignement qu'il m'a dispensé dans son Service pendant deux années.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA LISTERIOSE NEO-NATALE

A PROPOS DE 15 CAS

-:-:-:-:-

INTRODUCTION

-:-:-:-

Ce travail a pour but de rapporter 15 cas de listériose néo natale, observés dans le service de néo natologie du Professeur VENEZIA, à l'Hôpital de Caen, de Février 1970 à Octobre 1973.

La listériose humaine, infection à listéria monocytogènes, est de connaissance relativement récente : elle a déjà donné lieu à de nombreuses publications, surtout au cours des dernières années, ce qui tend à démontrer la place de plus en plus prépondérante tenue par listéria dans la pathologie infectieuse, et en particulier dans la pathologie néo natale.

-:-:-:-

HISTORIQUE

- En 1911 en Suède, Hulphers isole le germe pour la première fois, à partir de lésions de nécrose hépatique chez le lapin. Par la suite, le germe est isolé chez de nombreux mammifères domestiques et chez les gallinacés.

- En 1917 les premières observations humaines sont rapportées en Australie par Atkinson qui décrit cinq cas de méningite purulente chez des enfants d'âge scolaire.

- En 1921 le germe est isolé du liquide céphalo rachidien par Dumont et Cotoni en France, il ne sera identifié que 20 ans plus tard.

- En 1936 aux Etats Unis Burn rapporte le premier cas de méningite listérienne du nouveau-né

- En 1947 Martin rapporte la première observation française de méningite humaine à Listéria.

- En 1951 Reiss Potel et Krebs publient dix sept observations de septicémies à Listéria sous la dénomination de "granulomatosis infantiseptica".

- En 1956 Coulombier Sarrut et Alison rapportent les deux premiers cas français de listériose néo natale.

Depuis cette date de nombreuses publications sont parues tant en France qu'à l'étranger.

ETIOLOGIE - EPIDEMIOLOGIE

La listériose est une maladie répandue parmi un très grand nombre d'espèces animales. La symptomatologie varie en fonction de l'espèce et de l'âge de l'animal. Chez les grands animaux adultes (bovins, ovins, caprins) les formes nerveuses à type d'encéphalites et d'encéphalomyélites, et les formes génitales responsables d'avortements chez les femelles gravides, sont les plus répandues. Les petits animaux (carnivores, rongeurs, oiseaux) et les sujets jeunes font plus volontiers une forme septicémique avec localisations viscérales multiples. La maladie évolue le plus souvent de façon sporadique et s'exteriorise à la faveur de divers états de carence ou de déficience passagère de l'organisme récepteur.

Chez l'homme elle serait plus répandue en milieu rural et dans certaines régions du globe en particulier en Europe centrale. Giraud et collaborateurs (14) rapportent qu'à Prague 10 % des avortements sont imputables à la listériose alors qu'en France, à Poitiers plus précisément, cette maladie n'a été tenue responsable, que de 1,6 % des interruptions de grossesse en 4 ans 1/2.

Inconnue en Afrique jusqu'à ces dernières années, la listériose semble y avoir fait récemment son apparition puisque les premiers cas ont été publiés au Sénégal en 1967, à Madagascar en 1968 et au Cameroun en 1969 (8).

Les réservoirs de germes :

Listéria monocytogènes est un germe résistant, très répandu dans le milieu extérieur, en particulier dans le sol.

La contamination indirecte semble la plus fréquente :

Certains produits d'origine animale peuvent être source de contamination, en particulier, les oeufs provenant de poules atteintes de listériose, le lait de vache atteinte de mammite à listéria ou convalescente d'un avortement listérien. La viande semble également une source de contamination, le germe pouvant persister plusieurs mois dans la viande salée provenant d'animaux atteints.

La contamination directe est plus rare :

L'animal malade élimine des germes dans ses urines, ses fécès, ses sécrétions génitales, souille le milieu extérieur et peut être à l'origine de contaminations humaines.

Chez l'homme, en dehors de la contamination foeto maternelle fréquente, dont le mécanisme est maintenant bien connu et que nous étudierons un peu plus loin, la contamination inter humaine semble possible à partir de sujets malades, comme en témoignent les observations de Patocka et collaborateurs et de Erdmann et collaborateurs qui ont rapporté le cas de deux femmes enceintes ayant soigné des nouveaux nés atteints de listérioses et qui ont elles mêmes accouché prématurément d'un enfant atteint de listériose néo natale.

Les convalescents présentant une guérison clinique mais non bactériologique ainsi que les sujets atteints de formes frustres peuvent être une source de contamination possible. Il existe par ailleurs des porteurs sains : personnel des abattoirs, vétérinaires, agriculteurs.

C'est ainsi que des travaux effectués en Californie ont permis de trouver chez 72 % des vétérinaires testés des anticorps agglutinants vis à vis de listéria monocytogènes, alors que ces sujets n'avaient jamais présenté de manifestation clinique de listériose. Kampelmacher de son côté, trouve des listérias chez 11,9 % des sujets travaillant dans les abattoirs. Des travaux récents ont montré la fréquence parmi le personnel de laboratoire des porteurs sains de listéria monocytogènes dans les selles (30).

BACTERIOLOGIE

Listéria Monocytogènes appartient à la famille des Corynébactériaceae(8).

Morphologie A l'état frais :

Listéria monocytogènes est un petit bacille en forme de batonnet trapu à extrémités arrondies de 0,5 à 1,2 μ de long sur 0,5 μ de large. En culture il est plus polymorphe et se présente parfois sous forme de cocci allongés.

Il est non sporulé, ne possède pas de capsule. Dans les produits pathologiques on le trouve extra cellulaire ou intra cellulaire, inclus dans des grands mononucléaires.

C'est un germe mobile, possédant 3 ou 4 flagelles parfois moins, jamais plus, à implantation péritriche ou subterminale (8). La mobilité très grande à 22° est absente ou peu importante à 37° (9).

Listéria monocytogènes prend le Gram, mais parfois le prend mal, il peut même le perdre en 2 à 5 jours, il se rapproche par cette propriété du bacille diphtérique (31).

Le germe est rarement trouvé à l'examen direct des produits pathologiques.

CULTURES

Listéria monocytogènes est aéro anaérobie facultatif.

La culture est facile sur la majorité des milieux courants, mais les milieux au tryptose sont les plus favorables.

Les colonies au bout de 24 heures sont arrondies, fines, de 0,5 à 1 mm de diamètre, lisses translucides et brillantes, d'aspect gris bleuté. Après plusieurs jours, elles deviennent plus grosses (4).

La culture peut être lente et demander plusieurs jours, 12 jours dans certaines observations chez l'adulte, d'où la nécessité de conserver les milieux de culture. La culture à partir des selles chez le porteur sain est également très lente.

Listéria monocytogènes cultive à une température optima située entre 30 et 37°, mais la croissance peut se poursuivre à des températures allant jusqu'à 45°, et le développement se fait encore à + 3°, propriété utilisée pour l'enrichissement des souches (4).

Listéria monocytogènes cultive entre pH 5,6 et pH 9,6, l'optimum se situe aux alentours de 7 (8).

Sur gélose au sang de cheval, les colonies s'entourent d'une étroite zone d'hémolyse de type β (4).

CARACTERES BIOCHIMIQUES

Listéria monocytogènes :

- produit une phosphatase, l'importance de cette production serait en rapport avec la virulence de la souche (8)

- fermente des sucres de façon variable. Certains sont fermentés rapidement : glucose, d lévulose, thréhalose, salicine, dextrine, d'autres plus lentement : maltose, saccharose. Certains ne sont pas métabolisés : mannitol, arabinose, inuline, galactose.

- possède une catalase et une β galactosidase
- fait virer au noir le milieu à l'esculine.

- possède une réaction au rouge de méthyle positive.
- réduit le lait tournesolé puis l'acidifie sans le coaguler.
- a la propriété de croître en milieux hypersalés et tolère 10 à 40 % de bile.
- peut être isolé sur des milieux contenant du nitrofurane ou de la polymyxine et surtout sur les milieux à l'acide nalidixique (8).
- possède un certain nombre de caractères négatifs :
 - production d'indol et de H_2S
 - réduction des nitrates en nitrites.
 - liquéfaction de la gélatine et du sérum coagulé.
 - hydrolyse de l'urée.

POUVOIR PATHOGENE EXPERIMENTAL

Il est étudié principalement chez le lapin, la souris ou le cobaye et la poule.

- chez le lapin : l'injection par voie intra veineuse d'une culture diluée au 1/10^e entraîne la mort en 4 jours après asthénie et amaigrissement. L'autopsie révèle la présence de nodules hépatiques avec nécrose.

L'inoculation sous cutanée déclenche une maladie à évolution lente avec mononucléose sanguine s'élevant de 16000 à 18000 globules blancs avec 45 % de grands mononucléaires (la normale se situant entre 5000 et 12000 leucocytes), et hypertrophie ganglionnaire du territoire atteint. La numération formule sanguine redevient normale au bout de 3 semaines.

L'inoculation conjonctivale qui peut également être réalisée chez le cobaye, entraîne par friction légère à l'aide d'un écouvillon imbibé d'une culture de 24 heures en milieu liquide, une conjonctivite se manifestant dès la 24 à la 36^{ème} heure par un écoulement séreux devenant rapidement purulent et se compliquant d'iritis ou l'ulcères de la cornée. Le pus contient des bacilles Gram + intra cellulaires. C'est le test d'Anton.

- chez la souris une forme septicémique rapidement mortelle avec lésions nodulaires au niveau du foie et de la rate est réalisée par injection intra péritonéale de 1/10^e à 1/1000^e de ml de culture microbienne. L'histologie révèle des lésions nécrotiques infiltrées de cellules mononucléées.

- la poule fait également une forme septicémique mortelle après injection intra veineuse d'1 ml d'une culture. La mort survient vers le septième jour après troubles digestifs circulatoires et neurologiques.

L'examen histologique révèle la prédominance de l'atteinte myocardique et péricardique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Listéria monocytogènes est d'identification quelquefois délicate.

Erysipélotrix insidiosa, les corynébactéries aérobies et les stréptocoques D ont une morphologie assez voisine de celle de listéria monocytogènes (4).

Erysipélothrix insidiosa, agent du rouget du porc, se rapproche le plus de listéria monocytogènes; le diagnostic en est fait grâce à la fermentation des sucres et à l'hémolyse qui ne sont pas observées avec érysipélothrix insidiosa, qui par contre, produit de l'hydrogène sulfuré sur gélose au plomb. Erysipélothrix est un germe immobile et ne détermine pas de conjonctivite expérimentale.

- Les corynébactéries aérobies sont immobiles à 25°, hydrolysent l'urée, ne fermentent pas l'esculine et n'acidifient pas le lait tournesolé.

Ces bactéries ne sont pas pathogènes pour l'animal et n'entraînent pas de conjonctivite.

- les streptocoques D sont des germes immobiles, qui coagulent le lait, et ne possèdent pas de catalase.

Aucune conjonctivite expérimentale n'est obtenue.

-:-:-:-:-

STRUCTURE ANTIGENIQUE

Il existe 4 sérotypes en fonction des antigènes somatiques et flagellaires, qui sont au nombre de 15 pour les premiers et de 5 pour les seconds.

Les sérotypes 1 et 4 sont les plus fréquents en France.

SEROLOGIE

Les différentes réactions sérologiques étudiées : précipitation, agglutination, fixation du complément, ne sont pas très spécifiques, et sont quelquefois en discordance avec la clinique et les résultats bactériologiques.

On insiste actuellement sur les techniques d'immunofluorescence.

-:-:-:-

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen anatomopathologique du placenta est particulièrement intéressant dans le dépistage systématique de la listériose néo natale, ainsi que l'examen des viscères du fœtus en cas d'avortement listérien ou de décès du nouveau-né atteint. Ils révèlent des lésions histologiques caractéristiques.

Macroscopiquement

- Au niveau des viscères :

La lésion macroscopique trouvée à la surface des viscères ou sur la tranche de section, en cas d'atteinte septicémique de fœtus, est constituée par un nodule de couleur blanchâtre ou jaunâtre mesurant parfois jusqu'à 2 à 3 mm de diamètre. Ces nodules réalisant un semis miliaire, confluent rarement, ils restent séparés le plus souvent par des intervalles sains, oedémateux ou hémorragiques (17).

Ces lésions peuvent se trouver au niveau de tous les organes, mais principalement au niveau du foie et des surrénales (17).

- Au niveau du système nerveux :

Les méninges sont le siège d'un oedème et de suffusions hémorragiques, elles peuvent comporter des granulations caractéristiques (17).

Les espaces sous arachnoïdiens peuvent être envahis par un exsudat purulent ou séro purulent.

Au niveau du cerveau, les lésions les plus caractéristiques sont faites de nodules localisés électivement au niveau de la protubérance ou du bulbe, ou disséminés dans l'encéphale (31).

Plus souvent, on observe seulement de petits foyers hémorragiques ou oedémateux, ou des zones de nécrose réparties dans la substance blanche et les noyaux gris (17).

- Au niveau du placenta

Classiquement augmenté de volume, le placenta est évocateur d'atteinte listérienne, lorsqu'il présente un aspect nodulaire ou granulique sur sa face maternelle et sur les tranches de section (35).

Histologiquement :

- Lésions viscérales :

Le nodule peut revêtir divers aspects selon son degré d'évolution. Le nodule listérien classique est constitué :

- au centre d'un foyer de nécrose cellulaire.
- à la périphérie d'une couronne groupant des éléments réticulo endothéliaux (31) avec ébauche de nécrose des cellules parenchymateuses.

Il existe en outre des micro thromboses dans les capillaires entourant les granulations au contact des histiocytes (17).

La coloration de Gram peut mettre en évidence des listérias isolés ou groupés en petits amas, le plus souvent à la périphérie des lésions.

- lésions nerveuses

Les lésions des méninges peuvent être identiques à celles observées au niveau des viscères. De plus, il existe presque toujours des suffusions hémorragiques plus ou moins étendues.

Les lésions cérébrales sont constituées par des nodules correspondant à des zones de nécrose infiltrées d'éléments cellulaires polymorphes et

siégeant dans la substance blanche et au niveau des noyaux des nerfs crâniens (31). Ces lésions s'accompagnent de réactions oédémateuses.

PLACENTA

Il existe deux types de lésions :

1 - des altérations diffuses non spécifiques constituées principalement d'infiltrats leucocytaires de la plaque chorale avec quelques foyers suppurés gagnant les vaisseaux allanto choriaux et l'amnios (17).

2 - des lésions circonscrites nodules et abcès :

- *les nodules* de taille grossièrement homogène pour un même placenta, mais d'un cas à l'autre ces nodules sont de taille et d'âge différents (35).

Trois types d'après Sarrut et Alison (35) :

- les plus petits qui sont aussi les plus jeunes consistent en un simple ilot de nécrose d'un petit groupe de cellules.

- des nodules plus grands mais encore microscopiques; ils réalisent un mélange de nécrose tissulaire et d'envahissement leucocytaire mixte ou a prédominance de mononucléaires.

- les nodules listériens visibles macroscopiquement constitués d'une zone centrale nécrotique avec nombreux polynucléaires neutrophiles plus ou moins altérés et d'un anneau périphérique nécrotique plus clair.

Des listérias sont visibles surtout en périphérie des nodules (17).

Ces lésions sont en général à cheval sur plusieurs villosités placentaires ou choriales (35).

- Les abcès moins caractéristiques, très volumineux par rapport aux nodules (35) dans lesquels il est exceptionnel de retrouver des germes à l'examen direct.

-:-:-:-:-

PHYSIO PATHOLOGIE DE L'ATTEINTE FOETALE

Madame Amiel Tison (3) a étudié les trois voies classiques de transmission materno-foetale de la maladie :

Pendant la gestation

- *la voie hémotogène*, transplacentaire avec envahissement placentaire puis foetal au cours de la septicémie maternelle.

La femme enceinte présente un état infectieux d'allure banale, survenant en général deux à trois semaines avant l'expulsion à type soit :

- de syndrome grippal avec fièvre élevée, céphalées, toux, parfois conjonctivite.

- d'état subfébrile avec troubles digestifs, douleurs abdominales, subictère.

- d'infection urinaire à type de cystite, pyélonéphrite.

- de leucorrhées inhabituelles.

Parfois la symptomatologie est très frustre et peut passer inaperçue.

Au cours de cette phase de septicémie ou de bactériémie maternelle, le germe se fixe sur le placenta, y détermine des lésions anatomiques spécifiques. Les germes peuvent traverser le placenta par voie sanguine et déterminer chez le fœtus une septicémie. L'infection est responsable d'une fœtopathie et entraîne alors un avortement ou un accouchement prématuré d'un enfant atteint et mort-né le plus souvent.

Cette voie de transmission serait pour Monnet (29) la cause des listérioses précoces, survenant avant le quatrième jour et donnant des formes septicémiques le plus souvent mortelles.

- *la voie ascendante* à partir d'une infection cervico vaginale à listéria plus ou moins latente. L'infection gagne de proche en proche les membranes et le liquide amniotique. L'enfant naîtra atteint de septicémie néo natale avec ou sans méningite et avec des localisations broncho pulmonaire et digestive dues à la déglutition ou à l'inhalation du liquide amniotique. En principe il n'y a pas d'épisode fébrile maternel, s'il existe il est contemporain de l'accouchement.

Au cours du travail :

- la troisième voie de transmission foeto maternelle est *la voie vaginale*. La contamination se fait au moment du passage dans la filière génitale infectée, lors de l'expulsion, par inhalation ou déglutition ou encore contamination par voie conjonctivale (27).

Pour Monnet (29) ce mode de contamination serait responsable de listérioses d'apparition tardive après le septième jour, se traduisant surtout par des formes localisées pulmonaires ou méningées.

Monnet (29) a montré que la fréquence de contamination pendant la gestation et pendant le travail était sensiblement identique.

CLINIQUE

Chez le nouveau né :

Du point de vue symptomatique Monnet et collaborateurs ont individualisé quatre formes cliniques de listériose néo natale :

- une forme septicémique.
- une forme méningée.
- des formes localisées.
- des formes asymptomatiques.

LA FORME SEPTICEMIQUE

C'est, semble-t-il, la forme la plus fréquente. Le début est très précoce, les premiers signes survenant, en principe, avant le quatrième jour, parfois même dès la naissance.

Le tableau réalisé n'a rien de caractéristique. Ce sont :

- des signes de détresse respiratoire : polypnée, apnée, pneumopathie diffuse.
- des modifications du teint : cyanose, pâleur.
- des signes neurologiques : modifications du tonus, convulsions.
- des modifications de la température : hypo ou hyperthermie.
- un ictère d'apparition précoce.
- une hépato splénomégalie.

Deux éléments orienteraient davantage vers une infection listérienne : (20) (34) :

- une éruption cutanée faite de macules ou de taches érythémateuses, disséminées sur tout le corps, plus rarement des pétéchies, des vésicules ou des pustules.

- des signes de localisation rhino pharyngée à type de rhinite séro purulente ou encore une atteinte conjonctivale à type de conjonctivite séro purulente uni ou bilatérale.

Madame Amiel Tison (3) signale que le pronostic foetal est lié au moment où survient la naissance par rapport à l'évolution de la septicémie foetale.

La précocité thérapeutique est un facteur essentiel du pronostic qui malheureusement, dans ces formes, reste fréquemment défavorable.

LA FORME MENINGEE

Forme beaucoup plus rare que la précédente, elle survient après un intervalle libre allant de 3 à 8 jours.

Les symptômes sont ceux de n'importe quelle méningite suppurée du nouveau-né :

- la fièvre est fréquente mais peut être remplacée par une hypothermie.
- troubles digestifs : anorexie, vomissements, modifications du transit.
- altération rapide de l'état général.
- possibilité de signes respiratoires et association fréquente d'une anémie due au pouvoir hémolytique de listéria monocytogènes.

Le liquide céphalo rachidien est hypertendu, à la fois xanthochromique car riche en albumine et purulent contenant des polynucléaires altérés et des cellules mononucléées.

Le diagnostic de certitude est donné par la bactériologie qui met en évidence les listérias.

L'évolution, qui est fonction de la précocité du diagnostic et du traitement, est favorable le plus souvent, mais des séquelles à type d'hydrocéphalie, de convulsions et d'encéphalopathies surviennent dans 6 % des cas (34).

LES FORMES LOCALISEES OU ATTENUEES étudiées en particulier par Alison et Sarrut (1)

Ce sont des formes où prédomine un symptôme : formes respiratoires, cutanées ou ictériques.

L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement.

LES FORMES ASYMPTOMATIQUES

Aucun signe clinique particulier n'attire l'attention et c'est l'examen bactériologique systématique qui permet le diagnostic, par isolement de listéria, soit du placenta, soit du méconium ou du liquide gastrique du nouveau-né.

L'isolement exclusif de listérias du placenta signe l'atteinte placentaire locale d'origine endométriale, mais bien qu'il existe des formes placentaires pures, il est absolument impossible de considérer l'enfant comme indemne de l'infection, bien que son examen clinique soit strictement normal; il est actuellement reconnu par tous qu'il est nécessaire de traiter systématiquement ces enfants.

Quant au méconium ou au liquide gastrique, la simple découverte d'un bacille Gram + à l'examen direct est suffisante pour mettre en route un traitement antibiotique.

Erdmann n'a pas traité un de ces enfants, sans conséquence ultérieure, il existe quelques rares exemples identiques dans la littérature, mais un cas non traité de Hood a déclaré une méningite au huitième jour (20) (24).

TRAITEMENT

TRAITEMENT CURATIF

Nous avons déjà dit plus haut que le pronostic était fonction de la précocité du diagnostic et de la rapidité de la mise en route du traitement.

Il est absolument capital de dépister à la naissance les enfants exposés à un risque infectieux.

Ce sont tout d'abord les prématurés puisque le risque de listériose congénitale est plus grand chez eux que chez les enfants à terme. Il est nécessaire, quelque soit le terme, de s'enquérir des circonstances de la grossesse, de l'accouchement et de rechercher en particulier :

- des signes d'infection maternelle au cours de la grossesse : épisode fébrile, infection urinaire, signes digestifs, rhino pharyngés, leucorrhées inhabituelles.

- au cours de l'accouchement : un liquide amniotique teinté, une rupture prématurée des membranes, un travail prolongé, des manoeuvres obstétricales difficiles, une réanimation à la naissance.

Il faut s'enquérir de l'existence de fausses couches itératives ou d'accouchements prématurés à répétition dans les antécédents, bien que la responsabilité de listéria dans les accidents gravidiques à répétition soit maintenant contestée (3).

L'existence d'un ou de plusieurs de ces signes d'appel imposent dès la naissance l'examen du placenta, la mise en culture des prélèvements pratiqués chez le nouveau-né : méconium, liquide gastrique, prélèvements pharyngés, sang, urines, liquide céphalo rachidien, et l'institution immédiate d'un traitement antibiotique avant identification du germe.

Actuellement, bien que les antibiogrammes objectivent la sensibilité de *Listeria* à de nombreux antibiotiques, l'emploi d'une association de deux antibiotiques à large spectre par voie parentérale pendant au moins 15 jours est préconisée; en particulier association ampicilline 100 à 200 milligrammes par kilogramme par jour et Kanamycine 10 à 20 milligrammes par kilogramme par jour, ou ampicilline à la même dose que précédemment et gentalline à la dose de 2 à 3 mg/kg/j.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE :

Le pronostic ne peut être considérablement amélioré que par le dépistage et le traitement anté natal de la listériose maternelle.

Une infection même minime de la femme enceinte ne doit pas être négligée et doit conduire à pratiquer des examens complémentaires : hémoculture, étude bactériologique des urines, des pertes vaginales en vue de dépister et de traiter la listériose maternelle.

Si les arguments cliniques sont suffisants, le traitement sera entrepris avant toute certitude bactériologique, la femme traitée suffisamment tôt donnera naissance à un enfant sain, à terme.

Le traitement préconisé par Madame Amiel Tison est l'association pénicilline kanamycine, et ampicilline gentamycine pendant 10 à 15 jours. Au terme de ce traitement un contrôle bactériologique sera effectué (3).

D'autre part, toute mère d'enfant listérien devra être systématiquement traitée.

Ce n'est qu'à toutes ces conditions que la fréquence de la listériose néo natale pourra être réduite.

LES OBSERVATIONS

- 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2 - 2

1ère OBSERVATION

Christine H est née le 2 FEVRIER 1970, pesant 2.700 grammes au terme de 37 semaines.

C'est le premier enfant d'une femme de 18 ans, bien portante, ayant eu une grossesse normale.

L'accouchement s'est déroulé normalement mais on note l'existence de liquide amniotique teinté. Le placenta est normal, pesant 450 grammes.

A la naissance le cri est retardé de 30 secondes et l'enfant est réanimée pendant 2 minutes.

A la 9ème heure Christine est transférée de la clinique où elle est née, pour hypotonie et défaut de succion.

A l'examen il est noté .

- une hypotonie axiale importante sans hypotonie nette des membres.
- des reflexes archaïques dissociés : absence de succion avec réponses très vives aux incitations.
- un discret ictère.
- une hypothermie.
- une cyanose des extrémités.
- une éruption faite de rares éléments pustuleux sur les membres.

La glycémie est à 0,77 gramme; la calcémie à 76 milligrammes nécessite l'adjonction de gluconate de calcium.

Dans la soirée la température est à 38°7, le cri plaintif avec phases de polypnée superficielle et mousse aux lèvres.

Une ponction lombaire pratiquée ne ramène pas de liquide.

Le lendemain l'état est toujours précaire avec :

- polypnée sans signes de détresse respiratoire.
- hypotonie généralisée.
- éruption faite d'éléments érythémateux sur l'ensemble du corps.

La ponction lombaire ramène un liquide sanglant au début, louche ensuite, contenant de nombreuses hématies, 458 leucocytes dont 95 % de polynucléaires, 5 % de lymphocytes, 4,50 grammes par litre d'albumine, 6,80 grammes par litre de chlorures et 0,25 gramme par litre de glucose. L'examen direct met en évidence des bacilles Gram +, les cultures confirmeront qu'il s'agit de *Listéria*.

Une hémoculture pratiquée reviendra positive à colibacille et streptocoque.

Un traitement est immédiatement institué par :

- ampicilline 750 milligrammes par jour.
- kanamycine 35 milligrammes par jour.
- soframycine 5 milligrammes en intra rachidien.

En dépit du traitement l'évolution est rapidement défavorable et l'enfant décède le 4 Février après épisodes convulsifs.

Aucune enquête étiologique n'a été pratiquée.

Il s'agit en résumé d'une méningite aiguë néo natale due à *Listéria monocytogènes* isolé du liquide céphalo rachidien, et rapidement mortelle.

-:-:-:-:-

2ème OBSERVATION

Frédéric R, né prématurément, au terme de 33 semaines le 2 Avril 1971 est le premier enfant d'une femme de 19 ans bien portante, dont la grossesse s'est déroulée normalement.

L'accouchement est normal mais un liquide amniotique verdâtre est signalé.

A la naissance, l'enfant pesant 1.970 grammes crie immédiatement, n'est pas réanimé, mais dans les minutes suivantes il présente une détresse respiratoire avec légère cyanose, polypnée à 80 par minute, toux sèche et crépitants à l'auscultation, mucus spumeux aux lèvres et hépatomégalie.

A l'entrée le Silvermann est à 4, l'enfant est immédiatement mis sous Hood, cathétérisé en artériel.

La radiographie pulmonaire est étiquetée stade II de membranes hyalines.

La première ponction lombaire pratiquée ne ramène pas de liquide.

A la numération formule sanguine on note :

- Globules Rouges	:	4.900.000
- Globules Blancs	:	18.200
- Hématocrite	:	45 %
- Hémoglobine	:	15 Grammes
- Polynucléaires Neutrophiles	:	57 %
- Polynucléaires Eosinophiles	:	1 %
- Lymphocytes	:	28 %
- Grands Lymphocytes	:	4 %
- Myélocytes	:	10 %

Des prélèvements systématiques sont effectués (aines, aisselles, liquide gastrique, méconium émis 24 heures après la naissance) ceux-ci mettront tous en évidence la présence de bacilles Gram +, qui en culture, s'avèreront être des Listérias.

Le prélèvement nasal reviendra positif à pyocyanique.

L'hémoculture n'a pas été faite.

Un traitement par Ampicilline 300 milligrammes par jour est mis en route avant résultat des prélèvements.

Celui-ci sera renforcé le lendemain :

Ampicilline 400 milligrammes par jour maintenue pendant 12 jours.

Kanamycine 30 milligrammes par jour pendant 10 jours.

Un ictère apparu à la sixième heure sera maximum le quatrième jour avec une bilirubine totale à 139 milligrammes.

L'évolution sous traitement se fera vers l'amélioration les jours suivants :

- amélioration de la détresse respiratoire mais à la radiographie pulmonaire image suggérant un pneumothorax limité au cul de sac droit.
- bon examen neurologique mais tendance au rejet de la tête en arrière.
- persistance mais diminution progressive de l'hépatomégalie.

Le 5 Avril un examen cyto bactériologique des urines revient stérile.

Le 6 Avril une nouvelle ponction lombaire est tentée, le liquide céphalo rachidien contient :

- de nombreuses hématies
- 223 leucocytes dont 85 % de polynucléaires
15 % de lymphocytes.
- 1,34 gramme par litre d'albumine.

Aucun germe n'est mis en évidence à l'examen direct et les cultures resteront stériles.

Le 8 Avril, soit une semaine après le début du traitement, les nouveaux prélèvements (aisselle, aine, prélèvement gastrique et selles)

reviennent négatifs à *Listéria* mais on note la présence de pyocyaniques dans les selles.

L'enfant reçoit en plus de son traitement déjà institué 300.000 unités de colistine per os.

Le 10 Avril une nouvelle ponction lombaire est pratiquée :

- nombreuses hématies.
- 320 leucocytes dont 50 % de polynucléaires altérés
et 50 % de lymphocytes.

L'examen chimique du liquide n'est pas fait.

Le 15 Avril, soit treize jours après son début, le traitement est remanié : Ampicilline et Kanamycine sont arrêtées et remplacées par Gentamycine 1 milligramme par jour, la colistine est continuée à la même dose mais 200.000 unités sont faites en intra musculaire.

Tout traitement est arrêté le 2 Mai.

L'évolution biologique est marquée par deux épisodes d'anémie, le premier avec 3.200.000 hématies et 9,5 grammes d'hémoglobine, corrigé par 40 millilitres de sang le 16 Avril, le second avec 3.000.000 hématies et 8,5 grammes d'hémoglobine corrigé par 65 ml de sang le 11 mai.

Sur le plan clinique, l'hépatomégalie a complètement disparu le 29 Avril. Les différents examens neurologiques objectivent une discrète hypotonie, qui, à la fin du mois de Mai ne persiste plus qu'aux membres supérieurs.

Le 28 Mai un examen ophtalmologique est pratiqué : les rétines sont normales, les papilles un peu pâles avec halo gris bilatéral.

Une dernière ponction lombaire est effectuée, le liquide céphalo rachidien ne contient plus que 14 éléments par millimètre cube représentés par 12 % de polynucléaires et 88 % de lymphocytes, l'albumine est à 0,50 gramme par litre. L'hémogramme est normal.

Le 29 Mai l'enfant est sortant, le périmètre crânien est à 35 centimètres, le périmètre thoracique à 30 centimètres, la taille est de 50,5 centimètres, ce qui correspond à un morphogramme satisfaisant pour un enfant, alors au terme de 40 semaines.

Une enquête étiologique a été pratiquée : le 10 Avril une recherche de Listéria dans le vagin de la mère est positive. Un contrôle effectué le 27 Mai est négatif.

En résumé l'enfant a présenté une listériose s'étant manifestée par :

- un état clinique de pneumopathie.
- des signes radiologiques pulmonaires.
- un ictère.
- une hépatomégalie.

Les cultures de liquide céphalo rachidien sont restées stériles mais les modifications chimiques et cytologiques sont le reflet d'une participation méningée certaine.

-:-:-:-:-

3ème OBSERVATION

Gaëlle T naît le 30 Avril 1971 au terme présumé de 27 à 28 semaines et pèse 1.660 grammes. C'est le neuvième enfant d'une femme de 30 ans, bien portante et ayant eu une grossesse normale.

L'accouchement s'effectue normalement mais le liquide amniotique est abondant et teinté. Le placenta est d'aspect normal pesant 440 grammes.

A la naissance le cri est immédiat, l'Apgar est coté à 7, l'enfant est encombrée, discrètement cyanosée et hypotonique.

1 heure 30 plus tard, Gaëlle est admise à la pouponnière.

A l'examen il est noté :

- une hypothermie à 33° 6
- une bonne coloration, la cyanose a regressé sous oxygène.
- une bonne gesticulation.
- l'examen neurologique correspond à un terme de 32 semaines, il objective une hypotonie, un Moro incomplet (seul le premier temps est présent).
- un météorisme abdominal.

L'enfant émet précocement un méconium liquide.

Des prélèvements systématiques sont pratiqués, la radiographie pulmonaire met en évidence des images reticulo nodulaires.

Un traitement par Ampicilline 150 milligrammes par jour est institué.

Le 3 Mai, soit 3 jours après l'admission, l'enfant est pâle, la respiration est normale, il n'existe ni tirage, ni cyanose, l'abdomen est météorisé, il n'y a pas eu de nouvelle émission de méconium depuis l'entrée.

A l'examen neurologique le Moro est incomplet, le grasping diffusé, des trémulations discrètes sont signalées.

Une numération formule sanguine est pratiquée :

- Globules Rouges	:	4.300.000
- Globules Blancs	:	22.400
- Hématocrite	:	39
- Hémoglobine	:	12,8 grammes
- Polynucléaires Neutrophiles	:	89 %
- Lymphocytes	:	5 %
- Monocytes	:	1 %
- Myélocytes	:	5 %

Une sonde rectale est mise en place et l'enfant reçoit 200.000 unités par jour de colistine per os.

Le lendemain, l'abdomen est moins météorisé, mais il n'y a toujours pas eu de nouvelle émission de méconium.

Le 5 Mai les prélèvements systématiques (aisselle, aines, liquide gastrique, méconium) reviennent positifs à Listéria.

L'hémoculture n'a pas été faite.

Une ponction lombaire est pratiquée, le liquide céphalo rachidien contient :

- 1.280 leucocytes dont 95 % de polynucléaires.
5 % de lymphocytes.
- 1,48 gramme par litre d'albumine.
- 0,46 gramme par litre de glucose.
- 7,13 grammes par litre de Chlorures.

L'examen direct est négatif, les cultures stériles.

Le traitement est renforcé par Kanamycine 25 milligrammes par jour qui sera maintenue pendant 10 jours. ~

L'Ampicilline maintenue à la dose de 150 milligrammes par jour sera continuée pendant 24 jours au total.

L'évolution sous traitement va s'effectuer en deux temps avec :

- examen neurologique perturbé dans un premier temps.
- amélioration spectaculaire de l'état au bout d'un mois d'évolution.

Le 12 Mai, au treizième jour du traitement une nouvelle ponction lombaire est pratiquée : le liquide d'abord sanglant, s'éclaircit ensuite et devient xanthochronique, il contient :

- de nombreuses hématies.
- 38 Leucocytes dont 82 % de polynucléaires et 18 % de lymphocytes.
- 1,12 gramme par litre d'albumine.

- 6,98 grammes par litre de Chlorures.
- 0,44 gramme par litre de Glucose.

Les cultures resteront stériles.

Le 13 Mai l'enfant reçoit 30 ml de sang pour une anémie à 3.300.000 hématies et 9,5 grammes d'Hémoglobine.

Le 14 Mai l'âge gestationnel de l'enfant est d'environ 34 semaines, l'examen neurologique est dissocié :

- absence de points cardinaux.
- les deux premiers temps du Moro sont présents.
- Hypotonie.

Une semaine plus tard, l'enfant est très somnolente, hypotonique, on constate un Chvostek et une trépidation épileptiïde. Elle n'a pas de réflexe de succion.

Le liquide céphalo rachidien est contrôlé, il contient 25 Leucocytes par millimètre cube dont 32 % de polynucléaires et 68 % de lymphocytes, 0,85 gramme par litre d'Albumine, 7,20 grammes par litre de Chlorures et 0,56 gramme par litre de Glucose.

Le 28 Mai, le liquide céphalo rachidien ne contient plus que 12 leucocytes par millimètre cube dont 10 % de polynucléaires et 90 % de lymphocytes, l'Albuminorachie reste élevée à 1,33 gramme par litre, la glycorachie est basse à 0,39 gramme par litre.

A partir du 29 Mai l'état neurologique s'améliore, l'enfant reste hypotonique mais elle s'éveille, le Chvostek et la trépidation épileptiïde ont disparu.

Le 5 Juin, le terme correspondant est de 37 semaines, l'examen neurologique n'objective plus qu'une discrète hypotonie.

Le 24 Juin l'enfant reçoit 66 millilitres de sang pour une anémie à 2.600.000 hématies avec 7 grammes d'hémoglobine; l'examen neurologique n'objective plus qu'une discrète hypotonie au niveau du cou.

Le 5 Juillet le terme correspondant est de 41 semaines, l'enfant pèse 2.500 grammes, le périmètre crânien est à 32 centimètres, le périmètre thoracique à 29 centimètres, la taille est de 47 centimètres.

L'examen est celui d'une enfant à terme sans retard psycho moteur.

Le 27 Juillet Gaëlle est sortante avec un examen somatique normal et après examen ophtalmologique s'étant révélé normal.

Aucune enquête étiologique n'a été pratiquée. Il s'agit, en résumé, d'une listériose néo natale avec participation méningée, comme en témoignent les réactions cellulaires et les modifications chimiques du liquide céphalo rachidien.

-:-:-:-:-:-:-

4ème OBSERVATION

Prématurée de 31 semaines, Sophie P naît le 30 Juin 1971 à 4 heures 50 et pèse 1.900 grammes. C'est le troisième enfant d'une femme de 27 ans.

La grossesse est marquée par la survenue d'une pyélonéphrite la veille de l'accouchement.

L'accouchement est spontané, on note un liquide amniotique teinté. Le placenta d'aspect normal pèse 510 grammes.

A la naissance l'Apgar est à 2, le premier cri est retardé, l'enfant est réanimée pendant 30 minutes.

A l'entrée dans le service à 5 heures 30 :

Le Silvermann est à 4, l'enfant est hypotonique et il apparaît une éruption faite de vésicules au niveau du cou, du thorax, des avant bras et des jambes.

Une hépatomégalie débordant le rebord costal de deux travers de doigts est constatée.

L'enfant est aussitôt cathérisée en artère, les prélèvements habituels sont pratiqués.

Dès l'admission, la respiration est superficielle avec pauses respiratoires, il n'existe pas de cyanose généralisée mais une lividité avec des marbrures sur la peau.

10 minutes après la pose du catheter l'enfant fait une apnée très prolongée avec bradycardie. Intubation et ventilation sont pratiquées mais au bout de 20 minutes il n'existe toujours pas de respiration spontanée.

A 7 heures l'enfant est mise sous respirateur, 2 heures plus tard l'état s'est amélioré, seule persiste une petite cyanose des ongles, tandis que l'on constate une extension des macules et des vésicules

A l'Hémogramme :

- Globules Rouges	:	5.500.000
- Globules Blancs	:	8.600
- Hématocrite	:	50
- Hémoglobine	:	15,8 grammes
- Polynucléaires Neutrophiles	:	55 %
- Lymphocytes	:	36 %
- Petits Lymphocytes	:	6 %
- Monocytes	:	3 %

Une radiographie pulmonaire est pratiquée et met en évidence des foyers disséminés dans les deux champs.

L'infection néo natale est certaine en raison :

- de la pyélonéphrite de la mère.
- de l'éruption cutanée.
- de l'aspect radiologique.

Un traitement est mis en route par :

- Ampicilline 300 milligrammes par jour.
- Colistine 200.000 unités par jour.
- Hémisuccinate d'hydrocortisone 20 milligrammes toutes les 4 heures.

Tout au long de la journée l'état de l'enfant reste préoccupant, un collapsus périphérique s'installe pour lequel une transfusion de 30 ml est prescrite.

Le traitement est renforcé par Kanamycine 15 milligrammes deux fois par jour en intra musculaire.

Le lendemain : l'enfant n'a toujours pas de ventilation spontanée, le teint est gris cendré avec cyanose des ongles, les vésicules ont regressé, l'état neurologique est très inquiétant l'enfant n'a pratiquement pas de gesticulation, le Moro est absent, la succion est faible. Sont apparus un météorisme abdominal et un sclérème généralisé. Par contre, la diurèse est satisfaisante, la radiographie pulmonaire améliorée

La réponse bactériologique revient alors positive à *Listéria monocytogènes* pour les prélèvements effectués au niveau des aînes, des aisselles, pour le prélèvement gastrique, ainsi que le prélèvement effectué au niveau de la sonde trachéale d'aspiration.

L'hémoculture n'a pas été pratiquée.

On en déduit qu'il s'agit donc d'une forme particulièrement sévère de listériose avec atteinte méningée probable quoique non vérifiée, l'enfant ne pouvant alors supporter la ponction lombaire.

Le soir, des équivalents convulsifs de brève durée surviennent.

Le 2 Juillet l'examen neurologique s'améliore quelque peu, l'enfant réagissant mieux au pincement, le réflexe de succion réapparaissant.

Au point de vue respiratoire il n'existe toujours pas de respiration spontanée, l'auscultation est satisfaisante, le cliché pulmonaire est très amélioré.

L'hépatomégalie persiste, le sclérème diminue, le météorisme abdominal également.

Une ponction lombaire est pratiquée :

- Albumine 2,30 grammes par litre.
- Glucose 0,66 gramme par litre.
- Nombreuses hématies.
- 76 Leucocytes dont 75 % de Polynucléaires.
25 % de Lymphocytes.

L'examen direct ne met en évidence aucun germe, les cultures resteront stériles.

Le 3 et le 4 Juillet l'état va progressivement s'aggraver, l'enfant s'extube deux fois, la radiographie pulmonaire montre une atélectasie du sommet droit et de tout le poumon gauche.

Le teint est gris, on constate un plafonnement du regard, une hépatomégalie qui s'accroît et s'accompagne de signe de Harzer et de tachycardie avec galop.

Il est décidé alors :

- de maintenir la ventilation artificielle.
- de remettre l'enfant à la colistine dans la crainte d'une surinfection à pyocyanique.

- de diminuer l'hydrocortisone, d'introduire de la digoxine et de passer 10 ml de culot globulaire.

En dépit de toutes ces thérapeutiques l'enfant entre progressivement en coma profond, avec troubles végétatifs importants, accentuation de l'hépatomégalie, extension du sclérème, apparition d'une exophtalmie bilatérale avec hyperpression des globes oculaires.

L'enfant décède à 11 heures le 4 Juillet.

Une vérification anatomique est pratiquée :

- poumons parfaitement aérés, absence de micro abcès.
- Hépatomégalie, foie stéatosique
- Rate un peu augmentée de volume mais non friable.
- Coeur : pas de malformation cardiaque évidente.
- Cerveau : à l'ouverture de la boîte crânienne, issue du cerveau sous pression. Inondation ventriculaire bilatérale massive, infiltration sous piemérienne du tronc cérébral et du cervelet.

Examen anatomo pathologique :

- oesophage : pas d'anomalies histologiques
- rate : congestion de la pulpe rouge
- foie : congestion des capillaires sinusoides
- reins : signes de prématurité
- poumons : présence autour de la majorité des alvéoles d'un ruban rose vif, éosinophile, d'aspect hyalin. Dans les lumières on trouve parfois une substance inhomogène contenant des squames cornées, parfois mêlées à de la fibrine.

CONCLUSION

Maladie des membranes hyalines avec inhalation amniotique. Pas de signes histologiques d'infection listérienne.

L'examen anatomo pathologique du tissu cérébral n'a malheureusement pas été pratiqué.

EPIDEMIOLOGIE

La mère a présenté un tableau de pyélonéphrite avant l'accouchement; une hémoculture et un examen cyto bactériologique urinaire sont restés négatifs, mais la mère avait reçu Cefalotine et Gentamycine avant son entrée à la maternité.

Il s'agit en résumé d'une forme méningée grave et rapidement mortelle de listériose, associée à une maladie des membranes hyalines.

-:-:-:-:-

5ème OBSERVATION

Sonia P naît le 3 février 1972 au terme présumé de 33 semaines, d'une femme de 20 ans, deuxième pare, bien portante. L'enfant pèse 2.350 grammes.

La grossesse s'est déroulée normalement, on note une méningite à méningocoque chez le premier enfant deux mois environ avant l'accouchement.

L'accouchement est spontané, le liquide amniotique est d'abondance normale mais il est très teinté, les membranes sont également teintées.

A la naissance l'enfant crie après désobstruction, l'Apgar est coté à 8 à une minute en raison de l'hypotonie.

A l'entrée dans le service : la température est à 36°9, l'enfant présente une discrète cyanose des extrémités, le cri est bon, le rythme pulmonaire régulier à 35 par minute, mais à l'auscultation il existe des crépitaux aux deux bases pulmonaires, l'abdomen est normal. Il existe un écoulement purulent des yeux.

L'examen neurologique est celui d'un enfant de 35 semaines, on note une hypotonie, l'enfant est légèrement endormie.

A l'Hémogramme :

- Globules Rouges	:	5.400.000
- Globules Blancs	:	8.100
- Hémoglobine	:	16,4 grammes
- Hématocrite	:	48 %
- Polynucléaires neutrophiles	:	82 %
- Lymphocytes	:	12 %
- Grands Lymphocytes	:	5 %
- Monocytes	:	1 %

Les prélèvements systématiques sont effectués et un traitement antibiotique est institué par :

- Ampicilline 300 milligrammes par jour passés d'abord en intra veineux, ensuite en intra musculaire.
- Kanamycine 30 milligrammes par jour en intra musculaire.

Les prélèvements systématiques reviendront positifs à *Listeria* pour l'hémoculture et le prélèvement conjonctival. Le méconium reviendra positif à *Proteus* et *Colibacille*, le prélèvement gastrique à *klebsiella pneumoniae*. Les urines resteront stériles.

Le 7 Février après résultat des prélèvements, une ponction lombaire est pratiquée, les quelques gouttes obtenues sont mises en culture, celle-ci restera stérile.

L'évolution se fera de façon satisfaisante, elle ne sera émaillée que par une épistaxis récidivante et un écoulement nasal purulent à droite, le prélèvement nasal restant stérile.

Le 14 Février au douzième jour de traitement l'Ampicilline est passée per os à la même dose (300 milligrammes par jour) la kanamycine est remplacée par la gentamycine à la dose de 1 milligramme par jour en intra musculaire.

Le 24 Février, soit au vingtième jour, tout traitement est arrêté.

Le 3 Mars on constate à l'hémogramme une discrète anémie, les examens somatique et neurologique sont strictement normaux. Le 7 Mars Sonia est sortante en bon état général, le périmètre crânien est à 36 centimètres, le périmètre thoracique à 32,5 centimètres, la taille est de 51 centimètres.

Aucune enquête épidémiologique n'a été pratiquée.

-Il s'agit en résumé d'une septicémie à *Listéria* avec localisation oculaire d'évolution rapidement favorable sous traitement.

-:-:-:-:-

6ème OBSERVATION

David G est le premier enfant d'une femme de 20 ans, bien portante. Il naît le 2 Mars 1972 au terme de 32 semaines et pèse 2.040 grammes.

La grossesse s'est déroulée normalement, l'accouchement s'est produit spontanément, le liquide amniotique est clair, le placenta d'aspect normal pèse 500 grammes. Le premier cri est immédiat, l'Apgar est coté à 8 à une minute.

A l'entrée dans le service des prématurés :

Il s'agit d'un enfant un peu geignard, érythrosique avec une discrète cyanose des extrémités.

L'examen somatique est normal en particulier l'auscultation pulmonaire, il n'existe ni hépatomégalie, ni splénomégalie.

L'examen neurologique est celui d'un enfant de 35 semaines.

Un hémogramme est pratiqué :

- Globules Rouges	:	5.700.000
- Globules Blancs	:	13.900
- Hématocrite	:	51
- Hémoglobine	:	17,2 grammes
- Polynucléaires Neutrophiles	:	65 %
- Lymphocytes	:	28 %
- Grands Lymphocytes	:	6 %
- Monocytes	:	1 %

Le 3 Mars, au deuxième jour de vie apparaît un ictère à 65 milligrammes de bilirubine totale, pour lequel l'enfant reçoit du synacthène retard à la dose de 0,2 millilitre par jour. L'ictère est maximum le 4 Mars avec une bilirubinémie totale à 128 milligrammes, celle-ci diminuant ensuite pour n'atteindre plus que 500 milligrammes le 8 Mars.

C'est le 8 Mars soit au sixième jour de vie que l'enfant devient brutalement gris, des signes de déshydratation sont notés. David est alors admis à l'unité de soins intensifs.

Une hémoculture est pratiquée, et un traitement est aussitôt institué par :

- Ampicilline 200 milligrammes par jour.
- Kanamycine 20 milligrammes par jour.

L'hémoculture reviendra par la suite positive à *Listéria monocytogènes*.

Progressivement, l'état de l'enfant s'aggrave.

A la suite d'une fausse route, une cyanose généralisée apparaît, des gasps surviennent, suivis d'un arrêt circulatoire. L'enfant est immédiatement aspiré, ventilé et mis sous Hood.

Apparaissent ensuite des plaques érythémateuses et des vésicules sur le corps.

Brutalement surviennent des mouvements convulsifs avec hypertonie généralisée.

Une ponction lombaire est pratiquée, seule la culture du liquide céphalo rachidien sera faite, celle-ci restera stérile.

Pendant toute la journée du 9 mars, l'enfant convulse, il est intubé, mis sous respirateur; il reçoit des anticonvulsivants, mais décède à 22 h 30, après vomissements de sang.

La vérification n'a pas été pratiquée.

En résumé, il s'agit d'une septicémie à *Listéria monocytogènes* ne s'étant manifestée qu'au sixième jour de vie et ayant entraîné rapidement une issue fatale.

Aucune enquête épidémiologique n'a été faite.

-:-:-:-:-

7ème OBSERVATION

Séverine D naît le 13 Mai 1972 à 6 heures 15 au terme de 34 semaines, elle pèse 3.080 grammes. La mère est une primipare de 19 ans, ayant eu une

grossesse normale mais ayant présenté lors de l'accouchement une fièvre à 39 degrés avec hypertension artérielle à 17/10 1/2.

L'accouchement se fait par présentation céphalique après un travail de deux heures et avec application de ventouse pour souffrance foetale.

Le liquide amniotique est teinté. Le placenta pèse 750 grammes.

A la naissance l'Apgar est coté à 2, l'enfant est aspirée, réanimée pendant 25 minutes, tout d'abord par oxygénation manuelle puis par intubation et ventilation artificielle car elle n'a pas de respiration spontanée. Un cathéter veineux ombilical est posé.

A l'entrée dans le service :

- l'enfant est livide avec des extrémités cyanosées.

- nécessité de respiration assistée, le coeur est régulier entre 110 et 120 battements par minute, l'auscultation pulmonaire objective un encombrement diffus des deux champs pulmonaires.

Des prélèvements systématiques sont effectués.

On met en place un cathéter artériel l'enfant est mis sous respirateur et reçoit un traitement :

par Ampicilline 100 milligrammes en intra veineux

et Kanamycine 20 milligrammes en intra musculaire.

A 9 heures le rythme cardiaque devient irrégulier, des gasps et un battement des ailes du nez apparaissent.

A la radiographie pulmonaire : image de flocons dans les deux champs pulmonaires pouvant traduire une inhalation amniotique massive.

A 10 heures 30 : arrêt cardiaque, une injection intra cardiaque d'adrénaline est effectuée sans succès, l'enfant décède.

L'hémoculture reviendra positive à *Listéria Monocytogènes* que l'on trouve également au prélèvement d'aisselles et au niveau du cathéter.

Il s'agit donc d'une septicémie à *Listéria* rapidement mortelle.

Epidémiologie : Une hémoculture pratiquée à la mère reviendra également positive à *Listéria Monocytogènes*.

-:-:-:-:-

8ème OBSERVATION

Prématurée de 31 semaines, Agnès R est le premier enfant d'une femme de 25 ans, bien portante.

Elle naît le 23 Juin 1972 et pèse 1.750 grammes. La grossesse s'est déroulée normalement, l'accouchement également, le liquide amniotique est teinté.

Le premier cri est retardé après aspiration et oxygénation, il existe une cyanose et une bradycardie à 60 par minute.

A l'entrée dans le service vingt minutes après la naissance, l'examen est satisfaisant, l'enfant est cathétérisée en artère ombilicale.

Les prélèvements systématiques sont effectués.

A la numération formule sanguine :

- Globules Rouges	:	6.000.000
- Globules Blancs	:	10.600
- Hémoglobine	:	18,2 grammes
- Hématocrite	:	53 %
- Polynucléaires neutrophiles	:	65 %
- Lymphocytes	:	33 %
- Myélocytes	:	2 %

Dans la journée, l'enfant fait plusieurs pauses respiratoires avec bradycardie, cyanose des extrémités.

La radiographie pulmonaire est normale.

Le lendemain, les pauses respiratoires restent fréquentes, l'enfant s'agite.

Une ponction lombaire est pratiquée, le liquide céphalo rachidien contient :

- de nombreuses hématies.
- 15 leucocytes dont 67 % de lymphocytes
33 % de polynucléaires.
- 1,84 gramme par litre d'albumine.
- 0,72 gramme par litre de glucose.
- les chlorures ne sont pas dosés.

L'examen direct est négatif, les cultures resteront stériles.

Un traitement est institué par :

- Ampicilline 360 milligrammes par jour en intra veineux, maintenue pendant 15 jours.
- Kanamycine 26 milligrammes par jour en intra musculaire maintenue pendant 8 jours.

Au troisième jour l'enfant est toujours agitée mais ne fait plus de pauses respiratoires.

Les prélèvements reviennent positifs à *Listéria Monocytogènes* pour l'hémoculture, le prélèvement gastrique, le méconium, le prélèvement effectué au niveau du cordon.

Les prélèvements se négativent rapidement, une nouvelle hémoculture pratiquée le 27 Juin reste stérile.

L'état clinique s'améliore très rapidement et l'enfant sort de l'unité de soins intensifs six jours après sa naissance.

Le 3 Juillet, un contrôle du liquide céphalo rachidien est pratiqué, celui-ci est stérile, l'albuminorachie est à 0,75 gramme par litre, la glycorachie à 0,36 gramme par litre, les chlorures à 7,10 grammes par litre, la cytologie n'est pas faite.

L'évolution s'avère par la suite satisfaisante, elle n'est marquée que par une anémie à 3.100.000 hématies et 8,80 grammes d'hémoglobine le 22 Juillet et à 2.800.000 hématies avec 8,80 grammes d'hémoglobine le 4 Août corrigée par 70 ml de sang, et par une infection rhino pharyngée à staphylocoque pathogène traitée localement par virginiamycine.

Le 16 Août le terme correspondant est de 39 semaines, l'examen somatique est normal, l'examen neurologique est excellent.

Le périmètre crânien est à 34,5 centimètres, le périmètre thoracique à 31,5 centimètres, la taille est à 47 centimètres.

L'hémogramme est normal avec 4.100.000 hématies, 17.600 leucocytes, 11 grammes d'hémoglobine.

L'enfant sort le 18 Août avec un poids de 2.970 grammes.

Agnès sera revue à l'âge de 4 mois 1/3, 9 mois et 15 mois, les développements psycho moteur et staturo pondéral sont jugés très satisfaisants.

Epidémiologie : aucun prélèvement n'a été pratiqué chez la mère.

En résumé : il s'agit d'une septicémie à *Listéria Monocytogènes* avec manifestations respiratoires.

9ème OBSERVATION

Vincent V naît le 26 Décembre 1972 au terme de 34 semaines d'une mère troisième pare, l'enfant pèse 2.420 grammes.

La veille de l'accouchement la mère a fait un clocher fébrile à 40 degrés.

L'accouchement est spontané, mais il s'agit d'une présentation pelvienne et l'expulsion est difficile; le liquide amniotique est teinté, le placenta normal.

A la naissance l'Apgar est coté à 9, l'enfant respire aussitôt mais le cri est retardé de quatre minutes, après aspiration qui ramène d'importantes sécrétions sanglantes, oxygénation et réanimation métabolique.

A l'entrée à l'unité de soins intensifs, une heure après la naissance le Silvermann est à deux, on note une cyanose des extrémités, une hypotonie, il n'existe pas d'hépatomégalie.

L'enfant est mis sous oxygène, cathétérisé en artère, et les prélèvements habituels sont pratiqués.

A la radiographie pulmonaire il existe un microgranité diffus avec opacités hilifuges.

Devant le contexte d'infection et d'inhalation amniotique un traitement antibiotique est entrepris par :

- Kanamycine 37 milligrammes par jour poursuivi pendant deux jours
- Ampicilline 500 milligrammes par jour pendant quatorze jours.

A l'Hémogramme :

- | | | |
|-------------------|---|-----------|
| - Globules Rouges | : | 5.700.000 |
| - Globules Blancs | : | 14.000 |

- Hématocrite	:	50
- Hémoglobine	:	17 grammes
- Polynucléaires Neutrophiles	:	84 %
- Polynucléaires Eosinophiles	:	1 %
- Lymphocytes	:	10 %
- Monocytes	:	1 %
- Myélocytes	:	4 %

La détresse respiratoire initiale nécessitera une oxygénothérapie de trois jours.

Le lendemain de la naissance l'enfant est ictérique, hypotonique, l'aspiration gastrique ramène du sang rouge.

Une numération formule est pratiquée :

- Globules Rouges	:	3.400.000
- Globules Blancs	:	25.600
- Hématocrite	:	31
- Hémoglobine	:	10,5 grammes
- Plaquettes	:	210.000
- Polynucléaires neutrophiles	:	92 %
- Lymphocytes	:	8 %

Une étude de la crase sanguine est également effectuée

- Taux de Prothrombine	:	45 %
- Proaccélérine	:	60 %
- Proconvertine + Stuart	:	45 %
- Prothrombine vraie	:	30 %

L'enfant reçoit alors 40 ml de sang A positif. Le 28 Décembre, au troisième jour de vie, l'hémoculture, le prélèvement gastrique, le prélèvement anal, reviennent positifs à *Listéria Monocytogènes*.

Les urines sont stériles, le prélèvement effectué au niveau du cordon ne révèle la présence que de colibacille et de streptocoque non hémolytique.

Une ponction lombaire est alors pratiquée :

- nombreuses hématies.
- 60 Leucocytes dont 80 % de polynucléaires altérés
20 % de lymphocytes.
- Protéines 2,80 grammes par litre.

L'examen direct est négatif, les cultures restent stériles.

Au cours des jours suivants l'enfant reste hypotonique, la bilirubine totale augmente progressivement pour atteindre un taux maximum de 105 milligrammes au neuvième jour de vie, l'enfant sera alors placé sous lumière blanche pendant deux jours.

Des contrôles bactériologiques pratiqués une semaine, puis deux semaines après l'entrée resteront négatifs. La ponction lombaire est contrôlée le 5 Janvier :

- Nombreux Globules Rouges
- 53 Leucocytes dont 9 % de Polynucléaires
91 % de Lymphocytes.
- Protéines 1,70 gramme par litre
- Glucose 0,50 gramme par litre
- Chlorures 6,80 grammes par litre.

L'examen direct est négatif, les cultures stériles.

A l'Hémogramme :

- | | | |
|-------------------------------|---|--------------|
| - Globules Rouges | : | 3.900.000 |
| - Globules Blancs | : | 16.000 |
| - Hématocrite | : | 35 |
| - Hémoglobine | : | 10,8 grammes |
| - Polynucléaires Neutrophiles | : | 44 % |
| - Polynucléaires Eosinophiles | : | 2 % |
| - Lymphocytes | : | 54 % |

L'hypotonie des premiers jours va progressivement regresser, à un mois de vie l'examen neurologique est situé entre 37 à 41 semaines pour un âge gestationnel de 38 semaines.

A la troisième semaine l'enfant souffrira de difficultés alimentaires (résidus gastriques, régurgitations, fatigabilité à téter) retrocédant avec deux gouttes de coramine avant chaque biberon.

Une anémie secondaire à l'âge de un mois (2.600.000 Globules Rouges, 7 grammes d'Hémoglobine) nécessitera une transfusion de 43 ml de culot globulaire.

Début Février, l'enfant est sortant, la numération formule sanguine est normale, la radiographie pulmonaire satisfaisante, le fond d'oeil normal, on note tout au plus des papilles un peu grises.

Le périmètre crânien est à 35,5 centimètres, le périmètre thoracique à 31,5 centimètres, la taille est de 50,5 centimètres, l'enfant pèse 3.350 grammes.

Vincent sera revu en consultation à l'âge de 2 mois 1/2, l'examen somatique est normal, l'examen neurologique très satisfaisant et le développement psycho moteur excellent.

Epidémiologie

Un examen d'exsudat vaginal de la mère pratiqué le 5 Janvier n'a pas mis en évidence la présence de Listéria Monocytogènes.

Il s'agit en résumé d'une septicémie à Listéria Monocytogènes avec participation pulmonaire, et méningée comme en témoignent l'hypéralbuminorachie et la réaction cellulaire à polynucléaires altérés.

10ème OBSERVATION

Né au terme de 32 semaines, le 30 Janvier 1973, et pesant 1.770 grammes, Didier L est le deuxième enfant d'une femme de 24 ans ayant été traitée en 1970 pour amaigrissement et asthénie dont la cause n'est pas connue, et ayant fait un séjour en maison de repos en 1972.

Le premier enfant, né en 1968, était un prématuré de 35 semaines pesant 2.400 grammes.

Au troisième mois de la grossesse, la mère a souffert d'arthralgies et de douleurs abdominales, et quinze jours avant l'accouchement, elle a fait un épisode grippal avec fièvre élevée. Elle signale avoir eu d'abondantes pertes purulentes pendant toute la grossesse, mais ceci ne sera connu que quelques jours après l'accouchement.

L'accouchement se déroule normalement, le premier cri est immédiat, l'Apgar est coté à 9 à une minute. Le liquide amniotique est clair.

A l'entrée à une heure trente de vie, l'enfant est hypothermique (35° 3) discrètement ictérique, cyanosé des extrémités; un battement des ailes du nez régressera après réchauffement. Les examens cardio respiratoire et abdominal sont normaux. L'examen neurologique et les critères de maturation somatique situent l'enfant à 35 semaines d'âge gestationnel.

L'enfant est cathétérisé en artère, mis sous oxygène pendant 6 heures; les prélèvements systématiques sont pratiqués.

La bilirubine totale est à 43 milligramme/litre.

A l'hémogramme :

- Globules rouges	:	6.000.000
- Globules blancs	:	5.000
- Hémoglobine	:	17,5 grammes
- Hématocrite	:	57 %
- Polynucléaires Neutrophiles	:	70 %

- Lymphocytes : 28 %
- Monocytes : 2 %

Au deuxième jour de vie, identification de *Listéria* dans le liquide gastrique, c'est alors que l'enquête menée auprès de la maternité révèle l'épisode grippal de la mère.

Une antibiothérapie est mise en route par :

- Ampicilline 350 milligrammes par jour maintenue pendant dix jours.
- Kanamycine 26 milligrammes par jour maintenue pendant deux jours.

L'enfant présente alors un malaise avec apnée, cyanose généralisée et bradycardie.

La radiographie pulmonaire met en évidence des images micro reticulo nodulaires à prédominance peri hilaire.

Une éruption papuleuse d'évolution très fugace apparaît.

Le diagnostic de Listériose est alors confirmé par l'hémoculture qui revient positive à *Listéria Monocytogènes*.

Une ponction lombaire est pratiquée :

- absence d'hématies.
- 150 Leucocytes dont 68 % de Polynucléaires.
32 % de Lymphocytes.
- 0,76 gramme par litre de protéines.
- 0,43 gramme par litre de glucose.

L'examen direct est négatif, les cultures resteront stériles.

L'ictère s'intensifie pour atteindre son maximum au deuxième jour de vie avec une bilirubinémie totale à 150 milligrammes, il est traité par photothérapie.

A partir du troisième jour, l'état de l'enfant s'améliore, les poumons se nettoient rapidement, les nouveaux prélèvements bactériologiques restent négatifs.

Le liquide céphalo rachidien est contrôlé à trois reprises :

- Le 5 Février : - rares hématies.
- 30 leucocytes dont 12 % de Polynucléaires et 88 % de lymphocytes.
- 0,80 gramme par litre de protéines.
- 0,47 gramme par litre de glucose.

L'examen direct est négatif, les cultures stériles.

- Le 12 Février : - rares hématies.
- 7 Leucocytes représentés par des Lymphocytes.
- 1,36 gramme par litre de protéines.
- 0,60 gramme par litre de glucose.
- 6,81 grammes par litre de Chlorures.
- cultures stériles.

L'évolution est marquée par une anémie à 3.400.000 hématies avec 9 grammes d'hémoglobine le premier Mars.

Le 23 Mars, l'enfant est sortant, il pèse 3.000 grammes l'examen somatique est normal, l'examen neurologique met en évidence des performances situées aux alentours de 41 semaines d'âge gestationnel. Un fond d'oeil pratiqué est normal, il persiste une discrète anémie à 3.400.000 avec 9 grammes d'hémoglobine.

Epidémiologie : La mère de l'enfant a effectué un séjour chez ses parents agriculteurs, ceux-ci ont offert à la soeur de l'enfant un petit cochon qui vivait dans la maison.

Un examen bactériologique des lochies et des urines de la mère a été pratiqué. Des entérocoques ont été isolés des lochies, des colibacilles des urines, il n'y a pas eu de mise en évidence de *Listéria Monocytogènes*.

Il s'agit en résumé d'une septicémie à Listéria avec ictère, localisation pulmonaire et méningée comme en témoigne la réaction cellulaire du liquide céphalo rachidien.

-:-:-:-:-

11ème OBSERVATION

Carine R naît le 12 Février 1973 au terme de 31 semaines, d'une femme de 40 ans bien portante, dont c'est la sixième grossesse. L'enfant pèse 1.600 grammes.

Le troisième enfant né au terme de six mois et demi est décédé à la quatrième heure de vie.

La grossesse, non suivie au début, semble s'être déroulée normalement.

L'accouchement est spontané, le liquide amniotique est clair, le placenta normal.

A la naissance le premier cri est immédiat, l'Apgar est à 10 à une minute.

A l'entrée dans le service :

L'enfant est hypothermique (34 degrés 4), on note une cyanose des extrémités, la respiration est régulière, l'auscultation pulmonaire normale, l'abdomen souple, le foie déborde de un travers de doigt le rebord costal. L'examen neurologique est celui d'une enfant de 32 semaines.

La radiographie pulmonaire est strictement normale. Des prélèvements systématiques sont effectués.

.../...

A la numération :

- Globules Rouges	:	6.500.000
- Globules Blancs	:	22.400
- Hémoglobine	:	17,2 grammes
- Hématocrite	:	58 %
- Polynucléaires Neutrophiles	:	83 %
- Lymphocytes	:	17 %

Au deuxième jour de vie l'enfant est ballonnée, ictérique avec bilirubinémie totale à 83 milligrammes, celle-ci sera maxima à 145 milligrammes le sixième jour et nécessitera une photothérapie, à partir du troisième jour et pendant cinq jours.

Le quatorze Février, les prélèvements d'entrée (liquide gastrique et prélèvement anal) reviennent positifs à *Listéria monocytogènes*. Un germe Gram positif, *Listéria* probable est isolé du méconium. Les différentes hémocultures restent stériles.

Un traitement par Ampicilline à la dose de 300 milligrammes par jour est entrepris et sera poursuivi pendant dix jours.

L'enfant s'alimente mal, est hyperexcitable, l'abdomen est moins ballonné.

Le quinze Février, une ponction lombaire est tentée, celle-ci ne ramène que quelques gouttes de sang :

- nombreuses hématies
- rares Leucocytes représentés par des Lymphocytes et des polynucléaires non altérés.

L'examen direct est négatif, les cultures restent stériles.

Un hémogramme est pratiqué :

- Globules Rouges	:	6.000.000
- Globules Blancs	:	10.300

- Hémoglobine	:	17 grammes
- Hématocrite	:	53 %
- Polynucléaires Neutrophiles	:	69 %
- Polynucléaires Eosinophiles	:	1 %
- Lymphocytes	:	30 %

Le lendemain une nouvelle ponction lombaire est pratiquée :

- Albumine	2,16 grammes par litre
- Glucose	0,60 gramme par litre
- Chlorures	6,85 grammes par litre.

L'examen direct est toujours négatif, les cultures restent stériles.

L'examen neurologique est normal compte tenu de l'âge gestationnel de l'enfant.

L'enfant sort de l'unité de soins intensifs au neuvième jour, l'évolution est ensuite satisfaisante, elle n'est marquée que par un épisode d'anémie ne nécessitant pas de transfusion.

Le quinze Mars l'enfant est âgée de un mois, elle pèse 2.140 grammes, mesure 44 centimètres, le périmètre crânien est de 32,5 centimètres, le périmètre thoracique de 27 centimètres.

Le six Avril l'enfant est sortante, elle pèse 2.950 grammes.

L'examen somatique est strictement normal, l'examen neurologique est celui d'un enfant normal à terme.

Epidémiologie : La mère vit à la campagne, aucun prélèvement n'a été pratiqué à la recherche d'une listériose maternelle.

S'agit-il d'une forme asymptomatique de listériose néo natale, on ne peut l'affirmer en raison de l'ictère apparu au deuxième jour de vie, et de l'hypéralbuminorachie constatée dans le liquide céphalo rachidien.

12ème OBSERVATION

Florence B naît à terme le 23 Février 1973 et pèse 3.000 grammes. C'est le premier enfant d'une femme de 26 ans.

La grossesse a été marquée par un épisode grippal survenu trois semaines avant l'accouchement.

L'accouchement se déroule normalement, le liquide amniotique est purée de pois, le placenta pèse 500 grammes.

L'enfant crie dès la naissance, l'Apgar est à 10 à une minute.

L'aspect du cordon est infiltré, l'enfant reçoit une injection d'Ampicilline.

Dans les heures qui suivent la naissance, l'enfant devient geignarde, pâle, le rythme cardiaque se ralentit, des râles crépitants sont entendus à l'auscultation, dans les deux champs pulmonaires.

A la sixième heure de vie Florence est transférée pour suspicion d'infection néo natale ou d'hémorragie méningée.

A l'entrée dans le service, l'enfant est hypothermique (33 degrés 5), déshydratée avec aspect de post mature, polypnéique avec respiration très superficielle, diminution du murmure vésiculaire dans les deux champs, le Silvermann est à 2.

L'auscultation cardiaque est normale, une discrète hypotonie est mise en évidence à l'examen neurologique.

L'enfant est cathétérisée en artère.

La radiographie pulmonaire objective un flou nodulaire disséminé dans les deux champs pulmonaires.

Une ponction lombaire pratiquée ramène un liquide clair contenant :

- de rares hématies
- 18 leucocytes dont 80 % polynucléaires
20 % de lymphocytes.
- les cultures restent stériles.

A la numération les hématies et les plaquettes sont en nombre normal mais il existe une leucopénie à 2.300.

Un traitement est institué par :

- Ampicilline 60 milligrammes par jour poursuivie pendant 10 jours.
- Kanamycine 45 milligrammes par jour poursuivie pendant 6 jours.

Le lendemain l'auscultation pulmonaire est normale, la radiographie se nettoie, mais l'auscultation cardiaque met en évidence un souffle systolique mésocardiaque en jet de vapeur, n'irradiant pas.

Le troisième jour, le prélèvement effectué au niveau de l'anus revient positif à *Listéria*, l'examen des selles met en évidence un bacille Gram positif, mais la culture reste négative. Les autres prélèvements et les différentes hémocultures restent stériles.

A la numération la leucopénie persiste à 2.000 Globules Blancs dont 28 % de polynucléaires, 2 % d'éosinophiles et 70 % de lymphocytes.

L'évolution se fait normalement mais l'enfant conserve longtemps son aspect de post mature.

Au douzième jour de vie, Florence a repris son poids de naissance, la taille est de 53 centimètres, le périmètre crânien de 37 centimètres, le périmètre thoracique de 32 centimètres, l'examen somatique est strictement normal, le souffle cardiaque a disparu. L'examen neurologique est celui d'un enfant normal à terme.

A l'entrée dans le service l'enfant est en état de mal convulsif, la température est à 38 degrés 2, le teint est gris, le cri suraigu.

L'auscultation cardiaque et pulmonaire est normale.

L'abdomen est un peu ballonné avec ombilic verdâtre. Une splénomégalie est retrouvée.

Dès l'entrée l'enfant est cathétérisée en artère, elle reçoit 2 milligrammes de Valium en intra artériel et 1 centigramme de Gardenal en intra musculaire.

L'examen neurologique est dissocié mais l'enfant est sous valium.

La ponction lombaire ramène un liquide trouble contenant :

- quelques hématies.
- 325 Leucocytes représentés uniquement par des lymphocytes.
- 2,25 grammes par litre d'Albumine.
- 6,65 grammes par litre de Chlorures.
- 0,20 gramme par litre de Glucose.

Les cultures restent stériles.

Les prélèvements systématiques sont pratiqués et l'enfant est mis sous antibiothérapie :

- Ampicilline 600 milligrammes par jour maintenue pendant 16 jours.
- Kanamycine 45 milligrammes par jour maintenue pendant 4 jours.

La radiographie pulmonaire est normale.

Au cours de la journée et de la nuit l'enfant reste agitée mais ne convulse plus.

A l'Hémogramme :

- Globules Rouges	:	5.400.000
- Globules Blancs	:	22.700
- Plaquettes	:	180.000
- Polynucléaires Neutrophiles	:	80 %
- Lymphocytes	:	20 %

Le 16 Août les premiers résultats bactériologiques sont connus : les prélèvements gastrique et anal sont positifs à Listéria, un Bacille Gram Positif listéria probable est isolé du méconium. L'hémoculture et les urines restent stériles. Un colibacille est mis en évidence au niveau de l'ombilic.

Le 19 Août, cinquième jour d'hospitalisation, l'enfant est décathétisée et un nouvel hémogramme est pratiqué :

- Globules Rouges	:	4.800.000
- Globules Blancs	:	12.600
- Plaquettes	:	190.000
- Polynucléaires Neutrophiles	:	75 %
- Polynucléaires Eosinophiles	:	1 %
- Lymphocytes	:	24 %

Par la suite l'enfant reste très endormie, elle réagit mal aux excitations, le gardenal est arrêté le 21 Août.

Le 22 Août, au septième jour du traitement une nouvelle ponction lombaire est pratiquée :

- absence d'hématies.
- 123 Leucocytes dont 7 % de polynucléaires et 93 % de Lymphocytes.
- Protéines 2,18 grammes par litre.
- Glucose 0,30 gramme par litre.
- Chlorures 7,10 grammes par litre.
- Cultures stériles.

Jusqu'au 30 Août l'enfant reste somnolente, discrètement hypotonique, ses réflexes archaïques sont dissociés. Des oedèmes des membres et de la face apparaissent, le coeur est normal, l'auscultation pulmonaire également, la splénomégalie a disparu

Des prélèvements de contrôle sont pratiqués le 30 Août : le liquide gastrique et la coproculture restent négatifs à *Listéria*. Le liquide céphalo rachidien est contrôlé :

- absence d'hématies.
- 24 leucocytes dont 6 % de polynucléaires.
94 % de lymphocytes.
- 1,25 gramme par litre de protéines.
- 0,36 gramme par litre de glucose.

Examen direct et cultures négatifs.

La numération formule sanguine est normale. Le 4 Septembre l'enfant est sortante, les examens somatique et neurologique sont strictement normaux.

Epidémiologie : les prélèvements vaginaux pratiqués à la mère les 18 et 19 Août sont revenus positifs à *Listéria Monocytogènes*.

En résumé il s'agit d'une *Listériose* néo natale à participation méningée comme en témoignent les modifications chimiques et cellulaires du liquide céphalo rachidien et les manifestations cliniques présentées par l'enfant.

-:-:-:-:-

14ème OBSERVATION

Séverine P naît le 27 Août 1973 d'une grossesse gémellaire au terme supposé de 34 semaines et pèse 2.440 grammes. La mère deuxième geste, troisième pare est âgée de 26 ans, on note dans ses antécédents un érythème noueux en 1972.

La grossesse s'est déroulée normalement, l'accouchement est spontané en siège décomplété pour les deux jumeaux. La rupture de la poche des eaux a lieu à dilatation complète, le liquide est teinté.

A la naissance le cri est retardé de une minute, l'Apgar est à 8 en raison de la coloration et du cri.

A la troisième heure de vie apparaît un mélange de cyanose et de paleur qui fait transférer l'enfant en néonatalogie.

A l'entrée dans le service : enfant pâle, non cyanosée, dont le Silvermann est à 1 en raison du geignement. Une polypnée à 52 par minute est notée. L'auscultation cardiaque et pulmonaire est strictement normale, la palpation ne met en évidence ni hépato ni splénomégalie. Le tonus est normal pour l'âge gestationnel ainsi que les réflexes archaïques.

L'enfant est cathétérisée en artère, mise sous oxygène, des prélèvements systématiques sont effectués.

La radiographie pulmonaire objective des opacités diffuses des deux champs pulmonaires, on pense alors à une inhalation amniotique et l'enfant est mise sous Ampicilline à la dose de 580 milligrammes par jour, elle y sera maintenue pendant 17 jours.

Un hémogramme est pratiquée :

- Globules Rouges	:	4.500.000
- Globules Blancs	:	5.300
- Plaquettes	:	200.000
- Polynucléaires Neutrophiles	:	64 %
- Lymphocytes	:	36 %

Dans la nuit, l'enfant continue à geindre, elle se contente de deux litres d'oxygène dans la couveuse. Une nouvelle radiographie pulmonaire est pratiquée le lendemain, elle montre une accentuation des images hilaires.

On note un teint subictérique et un écoulement de l'oeil gauche.

La bilirubine totale est alors à 47 milligrammes.

Une ponction lombaire est effectuée :

- 5 Lymphocytes.
- Protéines 1,06 gramme par litre.
- Glucose 0,83 gramme par litre.
- Chlorures 6,85 grammes par litre.

Les cultures restent stériles.

Le même jour, une anémie à 3.700.000 Globules Rouges avec 10 grammes d'Hémoglobine est corrigée par 35 millilitres de sang 0 négatif, et le traitement est renforcé par Kanamycine 35 milligrammes par jour pendant trois jours.

Le 30 Août soit trois jours après l'entrée, l'hémoculture revient positive à Listéria, ainsi que le prélèvement gastrique. Le prélèvement d'oeil reste stérile.

Le liquide céphalo rachidien est contrôlé :

- Protéines 0,54 gramme par litre.
- Glucose 0,50 gramme par litre.

Les cultures restent stériles.

Le premier Septembre, l'état de l'enfant est satisfaisant, mais une hémoculture de contrôle revient, le trois Septembre, positive à pyocyanique. Ce même pyocyanique sera retrouvé au niveau du cathéter ombilical. Le liquide gastrique et la coproculture restent stériles.

A l'hémogramme du 3 Septembre :

- Globules Rouges	:	4.000.000
- Globules Blancs	:	26.000
- Hémoglobine	:	13 grammes
- Plaquettes	:	200.000
- Polynucléaires Neutrophiles	:	69 %
- Polynucléaires Eosinophiles	:	2 %
- Lymphocytes	:	29 %

Le traitement est alors renforcé par colistine 250.000 unités en injections intra musculaires pendant neuf jours.

La suite de l'évolution ne sera marquée que par un nouvel épisode d'anémie corrigé le 8 Septembre par 30 millilitres de sang 0 négatif. Une hémoculture pratiquée le 4 Septembre restera stérile.

Tout traitement antibiotique est arrêté le 12 Septembre, l'enfant va bien, la courbe de poids est régulièrement ascendante.

Le 24 Septembre l'enfant pèse 2.690 grammes, la taille est de 50 centimètres, le périmètre crânien de 35 centimètres, le périmètre thoracique de 31 centimètres.

Le 6 Octobre l'enfant est sortante après examen du fond d'oeil qui est normal des deux côtés.

Aucune enquête épidémiologique n'a été faite chez la mère.

Il s'agit d'une septicémie à *Listéria* avec manifestations pulmonaires et oculaires possibles bien que le prélèvement oculaire soit resté stérile.

15ème OBSERVATION

Guillaume K naît le 25 Octobre 1973 au terme présumé de 38 semaines, pesant 3.150 grammes. C'est le premier enfant d'une femme de 24 ans bien portante.

La taille est de 50 centimètres, le périmètre crânien de 34 centimètres, il s'agit donc d'un enfant né à terme, non hypotrophique.

La grossesse s'est déroulée normalement, l'accouchement se fait en présentation céphalique, l'expulsion dure 10 minutes, une ventouse est placée pour bradycardie foetale. Le liquide amniotique est clair, le placenta d'aspect normal pèse 800 grammes.

A la naissance l'Apgar à 5 à la première minute, l'enfant ne crie pas, est pâle avec les extrémités cyanosées. Il est aspiré, oxygéné, cathétérisé.

A l'entrée dans le service un quart d'heure plus tard, le Silvermann est à 2, l'enfant est très pâle en dépit d'une numération à 5.500.000 globules Rouges avec 13,7 grammes d'Hémoglobine.

A l'auscultation cardiaque est noté un éclat du deuxième bruit, sans souffle associé, l'auscultation pulmonaire est normale. L'abdomen est difficile à déprimer, le foie déborde le rebord costal d'environ 3 travers de doigts.

Les prélèvements systématiques sont pratiqués et l'enfant est mis sous traitement par :

- Ampicilline 600 milligrammes par jour qui sera poursuivie pendant 15 jours.
- Gentamycine 9 milligrammes par jour pendant 15 jours.

Le lendemain la pâleur reste intense, des oedèmes sont apparus, la radiographie pulmonaire pratiquée est normale, l'électrocardiogramme également.

Le 27 Octobre soit deux jours après l'entrée les prélèvements anal et ombilical reviennent positifs à Listéria. L'Hémoculture revient positive à Listéria le 30 Octobre.

Une ponction lombaire est alors pratiquée (27-10), le liquide céphalo rachidien contient :

- de rares hématies
- 38 Leucocytes dont 10 % de Lymphocytes.
90 % de Polynucléaires Neutrophiles.
- Protéines 1,14 gramme par litre.
- Glucose 0,45 gramme par litre.
- Chlorures 6,85 grammes par litre.

L'examen direct et les cultures restent négatifs. L'état de l'enfant s'améliore rapidement sous traitement, une nouvelle étude du liquide céphalo rachidien est effectué le 29 Octobre.

- 106 Leucocytes dont 42 % de Polynucléaires Neutrophiles.
58 % de Lymphocytes.
- Albumine 2,05 gramme par litre.
- Glucose 0,53 gramme par litre.

Examen direct et cultures resteront stériles.

L'hémoculture de contrôle du 3 Novembre restera également stérile.

Le liquide céphalo rachidien est contrôlé une dernière fois le 7 Novembre :

- 19 Leucocytes dont 2 % de Polynucléaires Neutrophiles
98 % de Lymphocytes.
- Protéines 1,10 gramme par litre.
- Glucose 0,45 gramme par litre.
- Chlorures 6,80 grammes par litre.

Examen direct et cultures : négatifs.

Le 15 Novembre, l'examen clinique est satisfaisant l'enfant est très tonique et crie vigoureusement.

Le périmètre crânien est à 35,5 centimètres, le périmètre thoracique à 32 centimètres, la taille est de 51 centimètres, le poids de 3.540 grammes, l'enfant est sortant.

Le 18 Avril 1974, un électroencéphalogramme a été pratiqué : tracé dans les limites du normal par rapport à l'âge de l'enfant.

Epidémiologie : un prélèvement vaginal pratiqué chez la mère est resté négatif.

Il s'agit en résumé d'une septicémie néo natale à listéria avec participation méningée comme en témoignent l'hyperalbuminorachie et la réaction cellulaire.

-:-:-:-:-

ANALYSE DES OBSERVATIONS

EN CE QUI CONCERNE L'ENQUETE MATERNELLE

- L'habitat est connu 9 fois, dans 6 cas il s'agit de femmes vivant en milieu urbain, dans 3 cas de femmes vivant à la campagne.

- La profession n'est connue que dans 5 cas, une femme est secrétaire, une est ouvrière d'usine, les trois autres sont sans profession.

- La parité : 8 femmes sont primipares, 7 multipares.

Aucune fausse couche antérieure n'est signalée mais deux accouchements prématurés dans les antécédents obstétricaux (observations n° 10 et 11).

- l'âge maternel n'est pas précisé dans une observation, les autres se répartissent de la façon suivante :

moins de 20 ans : 3
de 20 à 24 ans : 5
de 25 à 29 ans : 4
30 ans et plus : 2

- Déroulement de la grossesse :

9 grossesses se sont déroulées normalement, dans les 6 autres cas la grossesse a été émaillée d'accidents infectieux dont :

- 3 épisodes grippaux (observations n° 10-12-13) survenus 2 semaines avant l'accouchement dans 2 cas et 3 semaines avant l'accouchement dans un cas, l'un d'entre eux survenant chez une femme ayant eu des pertes purulentes pendant toute sa grossesse (observation n° 10).

Dans l'observation n° 10, l'enfant est né avec une hémoculture positive, des signes cliniques et radiologiques d'atteinte pulmonaire et une réaction cellulaire du liquide céphalo-rachidien. La guérison a été obtenue après dix jours de traitement.

Dans l'observation n° 12, l'hémoculture est restée stérile et l'enfant qui avait des signes de localisation pulmonaire a guéri en dix jours; dans l'observation n° 13, l'hémoculture est également restée stérile, les modifications cellulaires du liquide céphalo rachidien et la clinique plaident pour la localisation méningée de la listériose; la guérison a été obtenue en seize jours.

- 1 pyélonéphrite survenue la veille de l'accouchement (observation n° 4). Dans cette observation, l'hémoculture n'a pas été faite, mais des signes cliniques de septicémie et d'atteinte pulmonaire ont été notés, et l'enfant est décédé au quatrième jour du traitement.

- 2 hyperthermies, l'une survenue la veille de l'accouchement (observation n° 9), l'enfant est né avec une hémoculture positive et des signes de localisation pulmonaire, la guérison a été obtenue en deux semaines; l'autre, au moment de l'accouchement (observation n° 7), il faut signaler que l'hémoculture pratiquée à la mère au moment du pic thermique est la seule à être revenue positive. Chez l'enfant, l'hémoculture était également positive avec signes de localisation pulmonaire, et décès survenu à la quatrième heure de vie.

- L'accouchement a eu lieu à terme compris entre 28 et 32 semaines six fois (observations n° 3-4-6-8-10-11),
entre 33 et 37 semaines, six fois (observations n° 1-2-5-7-9-14),
entre 38 et 40 semaines, trois fois (observations n° 12-13-15).

Aucun accouchement n'a eu lieu par césarienne, deux ont nécessité des manoeuvres instrumentales pour souffrance foetale (observations 7 et 15).

Le liquide amniotique est clair 4 fois (observations 6-10-11-15), et trois fois des modifications chimiques et cellulaires du liquide céphalo rachidien de ces enfants ont été notées (observations 10-11-15); une fois il est noté clair à la rupture et teinté à l'expulsion (observation n° 13), une hyperalbuminorachie et une réaction cellulaire étaient enregistrées à

l'étude du liquide céphalo rachidien; les dix autres fois, il est teinté dont une fois d'aspect purée de pois (observation n° 3); dans ces dix cas, on trouve le seul cas de méningite à *Listéria* et des modifications chimiques et cytologiques du liquide céphalo rachidien dans quatre cas. Le liquide céphalo rachidien est normal une fois (obs. n° 14)

Le placenta n'a pas fait l'objet d'une étude systématique car la plupart des enfants nous ont été transférés. Le poids en est connu 8 fois et en tenant compte du rapport placentaire foetal normalement plus élevé chez le prématuré que chez l'enfant à terme, ce poids n'est excessif que dans 3 cas (obs. n° 3-4-15), cet excès de poids est modéré pour les 3 cas.

- L'enquête bactériologique pratiquée chez les mères et consistant en prélèvements vaginaux, hémocultures, examens bactériologiques des lochies et des urines, a été effectué 7 fois

Celle-ci s'est révélée négative 4 fois (obs. n° 4-9-10-15), positive dans 3 cas avec isolement de *Listéria* des prélèvements vaginaux 2 fois (obs. n° 2 et 13) et du sang une fois (obs. n° 7).

Dans les deux cas où *Listéria* a été isolée du vagin de la mère, l'enfant a guéri; dans le cas de septicémie listérienne maternelle, l'enfant est décédé rapidement à la 4ème heure.

EN CE QUI CONCERNE L'ENQUETE NEO-NATALE

- Les anomalies cliniques initiales surviennent avant la 24ème heure dans 12 cas, et trois de ces enfants sont décédés (obs. n° 1-4-7), au 2ème jour, dans deux cas (obs. n° 10 11) et au 6ème jour dans un cas (obs. n° 6), cet enfant étant décédé au 2ème jour du traitement.

Il s'agit :

- de cri retardé à la naissance 8 fois (observations n° 1-4-5-7 8-9-14-15) avec nécessité de réanimation de plus de 2 minutes à la naissance dans 4 cas (observations n° 1-4-7-9).

- de modification du teint dans 8 cas, (observations n° 3-6-8-10-12-13-14-15), à type de cyanose, pâleur, lividité, teint gris.

- de signes respiratoires dans 6 cas (observations n° 2-4 7-8-12-14) à type de polypnée avec battements des ailes du nez, pauses respiratoires, apnées, modification de l'auscultation pulmonaire.

- d'anomalies neurologiques dans 6 cas (observations n° 1-3-5-9-12-13) : hypotonie, réflexes archaïques dissociés, mouvements convulsifs avec révulsion des globes oculaires.

- d'éruption cutanée dans 4 cas (observations n° 1-4-6-10) à type de macules, de plaques érythémateuses, de vésicules et de pustules.

- de bradycardie dans 3 cas (observations n° 4-8-12)

- d'ictère d'apparition précoce dans 3 cas (observations n° 1-10-11)

- de modifications de la température :

- hypothermie dans 5 cas (obs. n° 1-3-10-11-12)

- hyperthermie dans 2 cas (obs. n° 1 et 13)

- d'hépatomégalie dans 3 cas (observations n° 1-4-15)
- de splénomégalie dans 1 cas (observation n° 13)
- d'écoulement oculaire purulent dans 1 cas (obs. n° 5).
- L'enquête bactériologique

Chez tout enfant admis au centre de soins intensifs, sont systématiquement pratiqués un prélèvement gastrique et méconial, des prélèvements cutanés; l'hémoculture est pratiquée si l'infection néo natale est suspectée et l'étude de liquide céphalo rachidien est effectuée lorsque l'état clinique de l'enfant le permet.

Dans notre série :

- le liquide céphalo rachidien a été étudié 14 fois; la méningite listérienne, avec isolement de listéria, n'a été affirmée qu'une seule fois (obs. n° 1). Dans 9 autres cas, des anomalies chimiques et cellulaires de liquide céphalo rachidien ont été notées; elles s'accompagnent 3 fois d'hémoculture positive (obs. n° 9-10-15).

- l'albuminorachie qui, rappelons le, est considérée comme normale chez le nouveau-né jusqu'à 1 gr. par litre, est supérieure à ce chiffre dans 9 cas (obs. n° 2-3-4-8-9-11-13-14-15).

- la glycorachie étudiée 10 fois, est abaissée respectivement à 0,25 gramme et 0,20 gramme par litre dans les observations n° 1 et 13, la glycémie n'étant pas connue au moment de la ponction. Dans l'observation n° 1, l'enfant est mort de méningite listérienne au deuxième jour de traitement. Dans l'observation n° 13 l'enfant a convulsé, la guérison a été obtenue après deux semaines de traitement.

La glychorachie est à 0,60 gramme par litre et plus dans 4 cas (obs. n° 4-8-11-14).

- la chlorurorachie étudiée 7 fois, n'est discrètement abaissée qu'une fois (observation n° 13).

- les réactions cellulaires sont supérieures à 50 éléments dans 8 cas, 7 fois il s'agit de polynucléaires (observations n° 2-3-4-9-10-11-15), une fois ce sont des polynucléaires altérés (observation n° 2).

Une fois la réaction cellulaire est exclusivement lymphocytaire (observation n° 13).

Dans les observations 5-6 8-12, les études chimique et cellulaire n'ont pu être faites, les cultures sont restées stériles.

- L'hémoculture pratiquée 12 fois est revenue positive à listéria 8 fois (observations n° 5-6-7-8-9-10-14-15).

Deux de ces enfants sont décédés (observations n° 6-7).

- Le liquide gastrique est positif 9 fois, il s'accompagne d'une hémoculture négative dans les observations n° 11 et 13.

- Le méconium 3 fois et suspect 1 fois, avec hémoculture négative dans l'observation n° 13.

- Le prélèvement anal 5 fois avec hémoculture négative dans les observations n° 11-12-13.

- Les prélèvements cutanés (aines : 3 fois
(aisselles : 4 fois

- Le prélèvement oculaire 1 fois

- Le prélèvement ombilical 1 fois

- Le prélèvement au niveau du cordon 1 fois

Notre série se compose d'une méningite confirmée à listéria, de 8 cas de septicémie listérienne, 3 fois ces septicémies se sont accompagnées de modifications chimiques et cytologiques de liquide céphalo rachidien (observations n° 9-10-15) sans isolement de listéria de ce liquide.

Dans 3 cas (observations n° 2-3-4), l'absence d'hémoculture et les modifications du liquide céphalo rachidien sans isolement de listéria de ce liquide, ne permettent pas d'établir un diagnostic précis chez ces enfants, dont les prélèvements cutanés, le liquide gastrique, et le méconium (observations n° 2 et 3) étaient positifs à listéria.

Dans les trois derniers cas (observations n° 11-12-13) l'hémoculture est restée stérile, seuls les prélèvements gastriques et anaux pour les observations n° 11 et 13 et le prélèvement anal seul pour l'observation n° 12 sont positifs à listéria. Les manifestations cliniques et les modifications du liquide céphalo rachidien de l'observation n° 13 plaident pour la participation méningée, mais dans l'observation n° 11, en dépit de l'hyperalbuminorachie et de l'ictère, il est impossible d'affirmer la responsabilité de la listériose dans ces manifestations qui peuvent tout aussi bien être dûes à la prématurité seule. Quant à l'observation n° 12 il s'agit vraisemblablement d'une forme pulmonaire de listériose. La participation méningée ne peut être connue puisque l'étude chimique du liquide céphalo-rachidien n'a pas été faite.

- La radiographie pulmonaire est anormale 6 fois (observations n° 2-4-7-9-12-14) avec images à type d'opacités micro ou macronodulaires diffuses ou hilifuges, de macrogranité diffus. Dans les 6 cas, ces images sont bilatérales. Seule l'observation n° 12 correspond peut être à une forme pulmonaire isolée.

Il est très difficile chez le prématuré d'affirmer l'origine listérienne de l'atteinte pulmonaire, c'est ainsi que dans l'observation n°4, l'examen anatomo-pathologique n'a révélé que des lésions à type de membranes hyalines et d'inhalation amniotique.

- la numération formule sanguine pratiquée 12 fois objective une hyperleucocytose initiale à polynucléose neutrophile supérieure à 15.000 leucocytes dans 5 cas (observations n° 2-3-9-11-13), une leucopénie initiale à 2.000 leucocytes dans l'observation n° 12. Une anémie initiale est constatée 2 fois (observations 9 et 14), une anémie secondaire 9 fois (observations n° 2-3-5-8-9-10-11-12-14).

- l'évolution est favorable 11 fois après traitement allant de 10 jours à 1 mois.

Il semble que ce soient des guérisons sans séquelles apparentes lors de la sortie des enfants du service.

Quatre décès ont été enregistrés :

1 au premier jour du traitement par arrêt cardiaque et défaut de respiration spontanée (observation n° 7).

2 au deuxième jour, après épisodes convulsifs (observations n° 1 et 6).

1 au cinquième jour en coma (observation n° 4).

Ces décès concernent le seul cas de méningite confirmée, 2 cas de septicémie. Chez le quatrième enfant l'hémoculture n'a pas été faite mais le liquide céphalo rachidien était modifié chimiquement et cytologiquement.

- Traitement

13 fois le traitement est fait de l'association d'ampicilline et de kanamycine, avec 2 fois relais au 12ème jour de la kanamycine par la gentamycine.

1 fois le traitement associe ampicilline gentamycine et 1 fois l'ampicilline est employée seule.

L'ampicilline est employée en injections intra veineuses directes toutes les 6 heures, à la dose de 100 à 250 milligrammes par kilogramme et par jour.

La kanamycine est employée en injections intra musculaires 2 fois par jour à la dose de 12 à 15 milligrammes par kilogramme et par jour.

La gentamycine a été employée à la dose de 3 milligrammes par kilogramme et par jour en deux fois, en injections intra musculaires.

Le traitement est arrêté lorsque les nouveaux prélèvements reviennent stériles et lorsque le liquide céphalo rachidien s'est normalisé.

La durée moyenne de traitement des enfants qui ont guéri est de 16 jours.

ANTIBIOGRAMMES EN BACTERIOSTASE

	SOUCHES SENSIBLES	SOUCHES LIMITES	SOUCHES RESISTANTES	T O T A L
PENICILLINE	6	5	0	11
AMPICILLINE	7	1	0	8
CAPHALOTINE	11	2	0	13
CEPHALORIDINE	7	2	0	9
STREPTOMYCINE	9	4	0	13
KANAMYCINE	11	2	0	13
GENTAMYCINE	7	6	0	13
CHLORAMPHENICOL	9	4	0	13
TETRACYCLINE	12	1	0	13
ERYTHROMYCINE	9	2	0	11
SPIRAMYCINE	10	0	1	11
LINCOMYCINE	0	3	7	10
PRISTINAMYCINE	9	1	0	10
RIFAMYCINE	3	4	0	7

12 des 13 souches testées sont sensibles en bactériostase à de nombreux antibiotiques, en particulier à la kanamycine. L'ampicilline n'a été testée que 8 fois, 7 souches sont sensibles, une est limite (observation n° 5), mais en raison de l'amélioration clinique rapidement obtenue, le traitement n'a pas été remanié.

Cette souche isolée du sang et du prélèvement oculaire de l'observation n° 5 n'est sensible qu'à la streptomycine, elle est résistante aux sulfamides et à la colistine et sa sensibilité est limite à l'ampicilline, aux céphalosporines, au chloramphénicol, aux oligosaccharides, à la tétracycline.

La fréquence des septicémies à listéria constatées dans le service de néo natologie en 1972 et 1973 est grande par rapport au nombre total des septicémies enregistrées dans ce service à la même époque, puisque 8 cas de septicémies listériennes ont été constatés et 38 cas de septicémies à autres germes.

La listériose représentant 17,4 % des cas de septicémies enregistrés à cette époque vient au deuxième rang après les septicémies à colibacilles (16 cas) et avant les septicémies à streptocoque D (6 cas).

-:-:-:-:-

COMMENTAIRES A PARTIR DES DONNEES

DE LA LITTERATURE

Les 15 cas de listériose néo natale composant notre série méritent quelques commentaires :

- l'augmentation de fréquence de cette maladie, augmentation réelle, ou seulement apparente, due à la multiplication des prélèvements bactériologiques, comme le pensent Pont et collaborateurs (34), est objectivée par le nombre sans cesse croissant des cas publiés depuis une quinzaine d'années:

- 11 cas en 5 ans entre 1957 et 1961 pour Madame Pichot-Janton et collaborateurs (31).

- 30 cas en 11 ans entre 1955 et 1966 pour Alison et Sarrut(1).

- 54 cas en 15 ans entre 1958 et 1973 pour Fessard et collaborateurs (12).

- 9 cas entre 1970 et 1971 pour Suc et collaborateurs (37).

- Dans notre série, l'infection prédomine chez des enfants nés en hiver ou au printemps puisque 10 naissances se situent entre le 26 décembre et le 23 juin, 3 ont eu lieu en été et 1 en automne, Madame Amiel Tison parle de la prédominance de l'infection au printemps et en été alors que dans la série de Fessard et collaborateurs, la majorité des cas est enregistrée au printemps et en automne (3) (12).

- l'habitat ainsi que la profession des mères n'apportent aucune indication particulière puisqu'il n'a pas été noté d'éventuelle source de contamination, si ce n'est dans l'observation n° 10 où un petit cochon apparemment sain vivait dans l'appartement même des parents.

- un symptôme évocateur au cours de la grossesse est noté 6 fois sur 15, c'est-à-dire dans un peu plus d'un tiers des cas, ce qui correspond aux chiffres donnés par Alison et Sarrut (10 cas sur 30) (1), mais ce qui est nettement inférieur à ceux donnés par Fessard et Collaborateurs (28 cas sur 54) (12).

- aucun antécédent de fausse couche n'est noté dans notre série, deux fois un accouchement prématuré antérieur est signalé sur un total de 7 multipares (6 cas d'antécédents de fausse couche ou d'accouchement prématuré sur 17 multipares pour Alison et Sarrut (1), 4 cas sur 23 pour Fessard et Collaborateurs (12)).

On ne peut parler ici que d'un seul cas d'accouchement prématuré à répétition (observation n° 1°) puisque le second intéresse une sixième pare dont seul le troisième accouchement avait été prématuré. Il n'est pas possible, pour notre seul cas d'accouchement prématuré à répétition d'incriminer la listériose, puisque nous ne possédons aucun renseignement concernant la grossesse précédente, et l'état de l'enfant en période néo natale.

Comme Giraud et Collaborateurs (16), nous nous garderons bien de prendre parti pour ou contre la responsabilité de listéria dans les interruptions de grossesse à répétition.

- Dans notre série le liquide amniotique est signalé anormal plus fréquemment (11 cas sur 15) que dans les séries étudiées par Alison et Sarrut (1), et Fessard et Collaborateurs (12), qui ne le trouvent anormal que dans la moitié des cas.

Les études macroscopiques et histologiques des placentas n'ont malheureusement pu être faites; les coupes et les frottis vivement conseillés par Alison et Sarrut n'ont pu être pratiqués (35).

- Comme l'ont déjà remarqué avant nous Fessard et collaborateurs (12) qui n'ont mis en évidence la listériose maternelle que 8 fois sur 19, l'enquête bactériologique chez la mère est décevante. Pratiquée 7 fois elle n'est revenue positive que 3 fois permettant de dépister deux listérioses génitales et une septicémie listérienne, deux de ces femmes avaient présenté un épisode infectieux au cours de leur grossesse, chez la troisième l'enquête bactériologique systématique n'a été menée qu'après diagnostic de listériose chez l'enfant.

La sérologie, qui pour beaucoup d'auteurs, ne donne pas de résultats démonstratifs n'a pas été pratiquée (1) (6) (16) (34).

- conformément à toutes les données de la littérature, précisée par Boissière et collaborateurs (6) qui ont remarqué que la prématurité est plus fréquente dans la forme septicémique, nous n'avons trouvé qu'une seule méningite confirmée à listéria chez une enfant née au terme de 37 semaines, contre huit septicémies chez des enfants nés à des termes se situant entre 31 et 38 semaines.

Notre seul cas de méningite confirmée échappe quelque peu aux données habituelles qui veulent que la méningite ne survienne qu'après un intervalle libre de quelques jours bien que Burdin et Weber signalent la survenue précoce de méningite dans 1/4 des cas (8). Les premiers signes se sont manifestés dès la naissance, mais il faut préciser que cette méningite listérienne s'accompagnait d'une septicémie à colibacille et streptocoque.

Sept de nos septicémies se sont manifestées dès les premières heures de la vie et répondent aux données classiques de la littérature, la huitième survenue seulement au sixième jour de vie échappe à ces données classiques, qui veulent que la septicémie ne survienne tardivement que très exceptionnellement (8).

Alors que Lelong et collaborateurs insistent sur la fréquence des formes asymptomatiques et atténuées (24), notre série ne comporte que deux formes atténuées (observations n° 11 et 12) et aucune forme asymptomatique.

Les modalités de recrutement du service de néo natologie sont peut-être responsables de ce fait, puisque ce service ne reçoit que des prématurés et des enfants nécessitant une réanimation, les autres enfants restant en maternité et pouvant être traités sur place.

- le mode de début et les manifestations cliniques de nos listérioses sont classiques : modification du teint, manifestations respiratoires, neurologiques, cutanées, oculaires, ictère, modifications de la température, du rythme cardiaque, apparition d'hépatomégalie ou de splénomégalie.

- en ce qui concerne les prélèvements bactériologiques chez l'enfant, et en particulier l'étude du liquide céphalo rachidien, listéria n'a été isolé de ce liquide qu'une seule fois alors que dans neuf autres cas la méningite listérienne est probable en raison des modifications chimiques et cellulaires du liquide céphalo rachidien constatées.

Comment expliquer cette absence de mise en évidence de germe, alors qu'il semble que dans la littérature aucun auteur n'ait mentionné qu'il était particulièrement difficile d'isoler les listérias du liquide céphalo rachidien, avec les techniques de laboratoire actuellement employées ? Dans 7 cas (observations n° 2-3-4-9-11-14-15) la ponction lombaire, soit en raison de l'état précaire de l'enfant, soit parce que la symptomatologie n'évoquait pas une atteinte méningée, n'a été faite qu'après plusieurs jours de traitement, ceci peut être une explication à la stérilité des cultures.

Nous avons retrouvé les mêmes modifications chimiques du liquide céphalo rachidien que celles mentionnées dans la littérature et qui concernent l'enfant et l'adulte (19) (40).

L'albuminorachie est supérieure à 1 gramme par litre dans 9 cas, cette hyperalbuminorachie s'accompagne d'un taux de glucose variable puisque 2 fois ce taux est abaissé, 4 fois il est normal et 4 fois il est augmenté.

Classiquement les modifications cellulaires le plus souvent rencontrées sont à formule panachée avec 50 à 60 % de polynucléaires, altérés le plus souvent, le reste étant constitué par des cellules mononucléées. Certains auteurs signalent des cas où la prédominance mononucléée paraît évocatrice de listériose mais cette éventualité est rare. Les modifications cellulaires rencontrées dans notre série sont conformes à ces données puisque dans 7 cas la formule est panachée avec prédominance de polynucléaires, alors qu'une seule fois la réaction cellulaire est à cellules mononucléées exclusivement.

L'anémie expliquée par certains auteurs (Carbonnelle et Senet(9), Boissière et collaborateurs (6)) par le pouvoir hémolytique de listéria monocytogènes est constatée précocement dans 2 cas (observations n° 9-14)

seulement, l'anémie secondaire constatée 5 fois et ne survenant que plusieurs semaines après le début de l'affection ne saurait être obligatoirement et exclusivement imputable à listéria.

Les modifications du nombre de leucocytes (hyperleucocytose ou leucopénie) sont conformes aux données de la littérature.

- Avec 4 décès sur 15 cas l'évolution a été défavorable dans un peu plus d'un quart des cas. Ce pourcentage est nettement inférieur à celui des séries plus anciennes (7 décès sur 11 cas pour Madame Pichot Janton et collaborateurs (31), 8 cas mortels sur 11 observations enregistrées entre 1955 et 1963 pour Alison et Sarrut (1), 26 décès sur les 30 cas étudiés par Fessard et collaborateurs (12) entre 1958 et 1969). Ce pourcentage se rapproche de celui de séries plus récentes, telle la deuxième série d'Alison et Sarrut (1), 19 cas dont 5 décès entre 1964 et 1967, et la deuxième série de Fessard et collaborateurs (12) qui ont eu à déplorer 8 décès sur 24 cas étudiés entre 1970 et 1972.

Les enfants de notre série qui ont guéri, sont sortis du service sans séquelles apparentes

3 de ces enfants ont été revus en consultation, l'un à l'âge de 2 mois 1/2 (observation n° 9), l'autre de 4 mois (observation n° 12), le 3ème de 15 mois (observation n° 8). Les développements psycho moteurs et staturo pondéraux étaient satisfaisants dans les trois cas.

Un quatrième enfant (observation n° 15) a subi un électro encéphalogramme à l'âge de 6 mois, le tracé s'inscrivait dans les limites du normal.

Il est intéressant de constater que chez les huit derniers enfants traités, c'est-à-dire la totalité des enfants traités pendant le deuxième semestre de 1972 et pendant toute l'année 1973, aucun décès n'a été constaté.

CONCLUSION

Notre étude a porté sur 15 cas de listériose du nouveau-né, observés de février 1970 à octobre 1973 dans le service de néo-natologie du Professeur VENEZIA, de l'Hôpital de CAEN.

Les infections à listéria représentent une part importante des septicémies néo-natales puisque, en deux ans, entre 1972 et 1973, 8 cas de septicémies listériennes et 38 cas de septicémies à autres germes ont été enregistrés dans ce service. La fréquence des listérioses semble augmenter, mais il est difficile de savoir s'il s'agit d'une augmentation réelle ou seulement d'une augmentation apparente due à la meilleure connaissance de la maladie et au dépistage systématique.

Les réservoirs de germes sont représentés surtout par les animaux; il était donc classique de penser que la maladie touchait essentiellement les ruraux et les sujets en contact, par leur profession, avec les animaux; en fait, ces données semblent trop restrictives, car la maladie est également répandue chez les citadins.

Dans notre série, en particulier, les mères des enfants atteints sont en majorité d'origine urbaine et aucune de celles dont la profession est connue, n'était apparemment exposée.

On insiste actuellement sur la fréquence des porteurs sains, dont il est difficile d'expliquer le mode de contamination.

Sur le plan clinique, nos observations se composent d'un cas de méningite listérienne confirmée, de 8 cas de septicémies et d'une forme pulmonaire apparemment isolée. Dans 3 cas, la septicémie est suspectée par la clinique, mais elle n'a pas été confirmée en raison de l'absence d'hémoculture. Nous avons remarqué la grande fréquence des anomalies du liquide céphalo rachidien, puisque dans 9 cas, nous avons trouvé des anomalies chimiques ou cellulaires de ce liquide.

La nécessité des prélèvements systématiques chez tous les prématurés et les enfants suspects d'infection, en particulier ceux naissant dans un liquide amniotique teinté, dont nous avons noté la particulière fréquence dans notre série, est maintenant reconnue par tous.

Il faut insister sur la prophylaxie de la maladie par le dépistage et le traitement anté-anal de la listériose maternelle.

Il est impérieux de songer à la listériose chez toute femme enceinte atteinte soit de syndrome grippal, d'infection urinaire ou de leucorrhées inhabituelles.

Cette prophylaxie est difficile et n'est pas toujours possible, puisque l'infection maternelle passe quelquefois inaperçue.

Le dépistage post-natal immédiat et le traitement précoce peuvent amener dans certains cas une guérison des formes septicémiques ou méningées, que l'on peut espérer sans séquelles, comme cela semble le cas chez les enfants de notre série qui ont été revus au bout de plusieurs mois.

-:-:-:-:-

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ALISON F. et SARRUT S. -
La listériose foeto-placentaire. Formes classiques et formes asymptomatiques. Arch. franç. Péd., 1967, 24, n° 3, 269-284.
- 2 - ALISON F. et SARRUT S. -
Listériose du prématuré. Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. Paris, 1967, 118, n° 4, 349-353.
- 3 - AMIEL-TISON C. -
Une urgence chez la femme enceinte : la listériose. Gaz. méd. Fr., 1973, 80, n° 16, 2709-2714.
- 4 - ARNAUD R. AUDURIER A. - MAUPAS P. -
Diagnostic de la listériose au laboratoire. Sem. Hop. Paris, 1971, 47, n° 43-44, 2499-2502.
- 5 - AUBERTIN J. -
Listérioses humaines.
In progrès en pathologie infectieuse - Flammarion Ed. Paris 1967.
- 6 - BOISSIERE H. - CAGNAT R. - VITERBO G. - COUDERC F. -
Méningite néo-natale à listéria. Med. infant., 1966, n° 10, 823-835.
- 7 - BOUINEAU J. - SIRE J. - PRADERE J. J. -
A propos de 3 observations de listériose néo-natale.
Bordeaux Med., 1969, 2, n° 12, 2715.
- 8 - BURDIN J.C. - WEBER M. -
Aspects actuels de la listériose humaine. Bull. Inst. Pasteur, 1972, 70, n° 1, 73-112.
- 9 - CARBONNELLE B. - SENET J.M. -
Listéria monocytogènes, diagnostic biologique. Arch. Med. Angers, 1968, 69, n° 5, 235-240.

- 10 - DUPARC J. - BOYRON Ph. - DEVILLARD A. -
Méningite à listéria monocytogènes chez un enfant de 8 jours né par
césarienne. Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. franç., 1966, 18, 156-157.
- 11 - ENJALBERT L. - LARENG M.B. - LEVRAT R. -
Les prématurés porteurs sains de listéria monocytogènes. Arch. franç.
Péd., 1968, 25, n° 8, 969.
- 12 - FESSARD C. - SCHIEHLE M. J. - CHAUVIERE-GRAIC F. - HELLOUIN de MENIBUS C.-
A propos de 54 cas de listériose néo-natale du prématuré. Ann. Péd.,
1973, 20, n° 10, 723-730.
- 13 - GAULIARD M. - JAHIER J. - PELIKAN P. - MICHIELS Y. - MAVEL A. -
Les accidents gravidiques par listériose. Onze nouveaux cas observés à
la maternité de Dijon. Essai de pathologie comparée. Rev. franç., Gynéc.,
1970, 65, n° 11, 639-647.
- 14 - GIRAUD J.R. - GIBOUIN L. - DENIS F. - TOURRIS H. (de) -
Rôle de la listériose dans les avortements, les morts "in utero" et
les accouchements prématurés. Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. franç.,
1971, 23, n° 5, 593-594.
- 15 - GIRAUD J.R. et DENIS F. -
Listériose et grossesse. Nouv. Presse méd., 1973, 2, n° 4, 211-213.
- 16 - GIRAUD J.R. - DENIS F. - GARGOT F. -
La listériose. Incidence dans les interruptions spontanées de la gros-
sesse. Nouv. Presse méd., 1973, 2, n° 4, 215-218.
- 17 - GRANGEPONTE M.C. - PELLETIER J. - COQUERY M.C. - JOBARD P. -
Etude anatomo-pathologique des listérioses humaines. Sem. Hop. Paris,
1971, 47, n° 43-44, 2503-2508.
- 18 - JOLY J.B. - MAIORESCU M. - CHAVINIE J. - HUAULT G. - KACHANER J. -
SAINT-MARTIN J. -
Les formes néo-natales graves de la listériose. Rev. franç. Gynéc.,
1971, 66, n° 1, 37-44.

- 19 - LAMISSE F. - GAUTIER J. - TESTE M. - DEGIOVANNI E. -
Les formes cliniques des listérioses de l'adulte. Sem. Hop. Paris,
1971, 47, 2481-2487.

- 20 - LAUGIER J. - BORDERON J.J. - ROLLAND J.C. - DESBUQUOIS G. -
La listériose du nouveau-né. Sem. Hop. Paris, 1971, 47, n° 43-44,
2493-2498.

- 21 - LAVETTER A. - LEEDOM J.M. - MATHIES A.W. - IVERLER D. - WEHRLE P.F. -
Meningitis due to listeria monocytogenes. A review of 25 cases. New
Engl. J. Med., 1971, 285, n° 11, 598-603.

- 22 - LE GALL J. - LEMELAND J.F. - MAGARD H. et BOIRON H. -
Augmentation de fréquence des listérioses du nouveau-né dans la région
rouennaise au cours des six premiers mois de l'année 1970. Rev. Med.
norm., 1970, 12, n° 6, 413-425.

- 23 - LE GOUGUEC C. - TOULOUSE R. - DUBOIS J. - TOUSSAINT C. - KERISIT J. -
La listériose chez la femme enceinte. Intérêt de l'hémoculture, pro-
phylaxie de la listériose néo-natale. Rev. franç. : Gynéc., 1972, 67,
n° 10, 537-540

- 24 - LELONG M. - ROSSIER A. - ALISON F. et SARRUT S. -
Le dépistage systématique de la listériose congénitale. Ann. Ped.
(suppl. Sem. Hop. Paris), 1968, 44, n° 26-27, 1825/P. 485-1830/P. 490.

- 25 - LEROUX J.P. - VIDAL J.L. - CARBONNELLE B. - SIMARD C. - BARRAYA P. -
GROSIEUX P. - ROUCHY R. -
Listériose néo-natale : A propos de 2 observations. Arch. Med. Angers,
1968, 69, n° 5, 251-259.

- 26 - LYONNET R. - GONNET J. - VERRIER J.P. -
Quatre observations de contamination foetale au cours de listériose
chez la femme enceinte. Bull. Féd. Soc. Gynéc. Obstét. franç., 1966,
18, 157-158.

- 27 - MAUPAS P. - PHILIPPON A. - AUDURIER A. et Coll. -
Epidémiologie et pathogénie des listérioses. Sem. Hop. Paris, 1971,
47, n° 43-44, 2475-2480
- 28 - MILLER R. and KISKER C.T. -
Disseminated intravascular coagulation in a newborn infant with listeria
sepsis. J. Pediat., 1973, 83, n° 4, 640-642.
- 29 - MONNET P. -
Listériose néo-natale : épidémiologie, mécanisme de transmission. Lyon
Méd., 1973, 229, n° 4, 317-322.
- 30 - MONNET P. -
Listeriosis in a neonatal unit. VI International Symposium. Problems
of Listeriosis. Nottingham Angleterre, 1974, (sous presse).
- 31 - PICHOT-JANTON G. - COUTEL Y. - PANAGET J. - JEZEQUEL C. -
Réflexions a propos de 11 cas de listérioses néo-natales. Arch. franç.
Péd., 1962, 19, n° 1°, 1363-1375.
- 32 - POISSON M. -
Contribution à l'étude des listérioses neuro-méningées de l'adulte. A
propos de sept observations.
Thèse Méd. Paris, 1967, n° 627.
- 33 - POMMIER M. - BERGER C. - LANSON Y. -
Les problèmes de la listériose en gynécologie obstétrique. Sem. Hop.
Paris, 1971, 47, n° 43-44, 2489-2491.
- 34 - PONT J. - DIETERLEN M. - BOST M. - RAMBAUD P. - JOANNARD A. -
Les listérioses néo-natales. Rev. franç. Gynéc., 1972, 67, n° 12, 739-
747.
- 35 - SARRUT S. et ALISON F. -
Etude du placenta dans 21 cas de listériose congénitale.
Arch. franç. Péd., 1967, 24, n° 3, 285-302.

- 36 - SEGUIV B. -
Complications foetales de la listériose maternelle. Bull. Fed. Gynéc. Obstét. franç., 1970, 22, n° 1, 5-10.
- 37 - SUC C. - MOATTI N. - LEVRAT R. - ICART J. - NOGARO J. -
Les aspects bactériologiques de la listériose. A propos de 22 cas rencontrés chez l'homme en 1970 et 1971. Méd. et Mal. inf., 1973, 3, 97-110.
- 38 - TONON J. - DELHUMEAU A. - CAMPAGNE D. - RIBERI P. - FRESSINAUD L. -
Considérations cliniques et thérapeutiques sur les listérioses neuro-méningées de l'adulte. Arch. Méd. Angers, 1968, 69, n° 5, 241-249.
- 39 - TOURAINE J.L. - REVILLARD J.P. - TRAEGER J. -
Biologie de l'infection listérienne. Nouv. Presse Méd., 1972, 1, 2827-2832.
- 40 - VIC-DUPONT V. - EMILE J. - BAZIN C. - POISSON M. - MILHAUD M. -
CHRISTOL D. -
Listérioses neuro-méningées de l'adulte. A propos de 15 observations. Presse Méd., 1969, 77, n° 5, 155-159.
- 41 - WILLICH E. -
Une nouvelle manifestation pulmonaire de la listériose chez le nouveau-né : la pneumonie interstitielle. Ann. Radiol., 1967, 10, n° 3-4, 285-288.

SOMMAIRE

Introduction	1
Historique	2
Etiologie - Epidémiologie	3
Bactériologie	5
Sérologie	10
Anatomie pathologique	11
Physio-pathologie de l'atteinte foetale	15
Clinique	17
Traitement	20
Les observations	22
Analyse des observations	68
Commentaires à partir des données de la littérature	79
Conclusion	85
Bibliographie	88

"Par délibération de son Conseil, en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs".

VU, le Président de Thèse,

VU, le Doyen de la Faculté,

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université en
date du 14 décembre 1973

Le Président de l'Université de CAEN.

